TRAITÉ

ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE

DES

MALADIES DE LA GORGE

DU PHARYNX ET DU LARYNX

[illegible]

TRAITÉ
ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE
DES
MALADIES DE LA GORGE
DU PHARYNX ET DU LARYNX

PAR

LE Dr E. J. MOURE

Chargé du Cours de laryngologie, d'otologie et de rhinologie
à la Faculté de Médecine de Bordeaux.



Avec 202 figures dans le texte

DONT 25 TIRÉES EN COULEURS

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1904

INTRODUCTION

En présentant au public médical ce traité élémentaire des maladies de l'arrière-gorge et du larynx, qui constitue en quelque sorte une deuxième édition de mes leçons sur les maladies du larynx (1890), auquel j'ai ajouté la pathologie des amygdales, du voile du palais, du pharynx et de l'amygdale linguale, j'ai cherché avant tout à faire un livre susceptible de fournir aux *praticiens généraux* des indications utiles pour soigner toute une série d'affections avec lesquelles ils ne sont pas toujours bien familiarisés.

Grâce à nos méthodes d'exploration et aussi à l'introduction de la bactériologie dans l'étude clinique des angines, nous comprenons autrement la pathologie de l'arrière-gorge. Une partie de la thérapeutique a bénéficié aussi des progrès récents faits par la chirurgie spéciale. Aussi ai-je cru devoir faire une classification un peu différente de celle adoptée par la plupart des auteurs. Parmi les maladies inflammatoires, j'ai groupé un certain nombre d'entités morbides mal connues ou tout au moins peu étudiées jusqu'à ces dernières années et qui n'avaient pas trouvé place dans les traités ou manuels classiques les plus modernes. Tels sont l'angine érythémateuse, l'érythème polymorphe, le pemphygus, l'amygdalite lacunaire ulcéreuse

aiguë, que j'ai différenciée de l'angine ulcéro-membraneuse avec laquelle on l'a souvent confondue.

A propos des abcès amygdaliens, j'ai adopté une classification basée sur l'évolution même de ces collections purulentes et surtout sur leur *siège à la période de début*. De ces considérations anatomo-cliniques découle un traitement spécial que j'ai indiqué chemin faisant.

Après les angines proprement dites, j'ai étudié les affections aiguës et chroniques de l'amygdale linguale (pré-épiglottiques), ainsi que les tumeurs de cette région. A ce sujet, j'ai exposé dans un chapitre spécial les dégénérescences bénignes de cette glande et, en particulier, le goitre lingual et les kystes du canal de Bochdaleck.

Par contre, je n'ai pas cru devoir encombrer ce livre de la description des angines symptomatiques du rhumatisme, de la scarlatine, de la rubéole, de la roséole, de la rougeole, de la grippe, de l'érysipèle, de la variole, de la varicelle et des oreillons. Il me semble, en effet, que la plupart de ces manifestations gutturales sont bien décrites dans les différents traités de médecine générale où ces symptômes trouvent mieux leur place que dans un traité spécial. En effet, les manifestations qui accompagnent ces angines ou qui les suivent de très près permettent de reconnaître leur nature; quant à leur thérapeutique, elle n'offre rien de particulier.

L'angine scarlatineuse seule aurait peut-être mérité une description à part, mais à propos du diagnostic des angines aiguës, je me suis efforcé de faire ressortir la différence qu'il y avait entre l'angine infectieuse simple et les manifestations scarlatineuses de l'arrière-gorge.

Dans la deuxième partie, consacrée aux maladies du

larynx, j'ai exposé les méthodes modernes d'exploration dont nous disposons. A ce titre, j'ai décrit la trachéoscopie directe de Kirstein, et la trachéo-bronchoscopie par le procédé de Killian.

Aux chapitres classiques consacrés à la pathologie de l'organe vocal, j'ai ajouté une étude sur la laryngite grippale, sur le coup de fouet laryngien, sur la laryngite rhumatismale. Chemin faisant, je me suis efforcé de décrire non seulement les méthodes opératoires spéciales par les voies naturelles, mais j'ai fait aussi une assez large part aux interventions qui doivent être exécutées par la voie externe.

Autant que possible, j'ai essayé de montrer les types les plus classiques ou les plus rares des diverses affections de l'arrière-gorge et du larynx, ainsi que les instruments les plus couramment employés dans la pratique.

Grâce à mon excellent éditeur, M. Octave Doin, j'ai pu mettre des images en couleur qui m'ont permis de mieux faire ressortir les différents aspects de cette pathologie spéciale souvent difficile à décrire correctement.

Par contre, je n'ai pas cru devoir accorder un chapitre spécial au tubage qui a été fort bien décrit dans des livres spéciaux. Je n'ai pas davantage réservé un chapitre aux périchondrites, considérant que ces infections primitives et véritablement idiopathiques n'existent pour ainsi dire jamais. Les lésions cartilagineuses étant presque toujours secondaires, j'ai étudié les périchondrites à propos de chacune des maladies au cours desquelles il est presque de règle de constater l'existence d'altérations de la charpente du larynx.

En résumé, j'ai surtout essayé d'exposer dans ce traité le résultat de ma pratique de ces vingt-cinq dernières années. Si je suis parfois en contradiction avec les opinions reçues ou

exposées dans les livres classiques, j'ai la conscience d'avoir basé ma manière de voir sur l'observation clinique. De même j'ai basé la thérapeutique que j'ai conseillée ou indiquée sur ma pratique personnelle. C'est presque toujours le résultat de mon expérience que j'ai exposé plutôt que des avis théoriques sur telle ou telle partie de cette pathologie spéciale.

Dr E. J. Moure.

Bordeaux, 30 mars 1904.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE
DES
MALADIES DE LA GORGE
DU PHARYNX ET DU LARYNX

PREMIÈRE PARTIE
(ARRIÈRE-GORGE, ANATOMIE ET PATHOLOGIE)

I
ANATOMIE DE L'ARRIÈRE-GORGE

Au point de vue anatomique, l'arrière-gorge peut être considérée comme appartenant à la cavité buccale et à l'entrée des voies digestives. Elle est en effet limitée en avant par le voile du palais avec ses annexes, et les amygdales. La paroi postérieure comprend le pharynx à proprement parler, tandis que la limite supérieure est constituée par un plan fictif qui prolongerait en arrière le voile palatin, passant à la base de la luette. Dans la région inférieure, le pharynx est limité en avant, par la base de la langue, un peu plus profondément par l'épiglotte, les replis ary-épyglottiques, la région aryténoïdienne et l'entrée de l'œsophage. En arrière la paroi du pharynx est accolée à la colonne vertébrale Nous allons très brièvement exposer l'anatomie de ces différents points.

VOILE DU PALAIS, PILIERS

Le voile du palais est une cloison musculo-membraneuse qui s'étend en arrière de la voûte osseuse palatine, qu'elle continue

sans ligne de démarcation bien accentuée. Essentiellement mobile et contractile, cet organe, tout d'abord horizontal, s'infléchit ensuite en arrière pour devenir presque vertical et former une courbe assez régulière. Il présente à considérer deux faces et quatre bords.

La face antéro-inférieure ou buccale est concave, lisse, de coloration rosée, comme celle de toute la cavité de la bouche; la face postérieure ou nasale est au contraire convexe, un peu moins colorée et plus inégale. Le bord antérieur se continue avec la partie postérieure de la voûte palatine ; les bords latéraux se confondent avec les régions voisines. Enfin, le bord inférieur libre, assez mince, présente à sa partie médiane une saillie allongée, de forme conique qui est la luette, dont la longueur varie de 10 à 15 millimètres. De la base de cet organe, partent 4 replis muqueux deux antérieurs et deux postérieurs, allant en divergeant; les deux premiers sont les piliers antérieurs du voile du palais qui se portent en avant pour se terminer sur les parties latérales de la base de la langue, à peu près au niveau de l'extrémité antérieure du V lingual.

Les piliers postérieurs se dirigent au contraire en arrière et en bas vers les côtés du pharynx et vont se perdre dans les parois latérales de ce dernier. Ces quatre piliers forment avec la luette comme deux sortes d'arceaux dont le bord interne limité par la luette ne descend pas aussi bas que les autres. Entre les deux piliers et sur les parois latérales se trouvent deux loges assez profondes dans lesquelles sont placées les amygdales; ces loges ont reçu le nom de fossettes amygdaliennes.

Le voile du palais se compose d'une aponévrose de forme quadrilatère s'attachant par son bord antérieur en arrière de la voûte palatine, se confondant sur les côtés avec le tendon du muscle péri-staphylin externe et se portant en arrière dans les faisceaux musculaires du palais membraneux.

1° Muscles du voile du palais. — Les muscles du voile sont au nombre de dix, cinq de chaque côté, qui sont :

1° Le palato-staphylin composé d'un petit faisceau cylindrique naissant en avant de l'aponévrose palatine, derrière l'épine nasale postérieure et se portant de là directement en arrière et en bas jusqu'au sommet de la luette dans laquelle il se termine. Ces deux muscles symétriques sont contigus l'un à l'autre, au point qu'on a pu les considérer comme un muscle épais et médian auquel les anciens avaient donné le nom d'azygus de la luette.

2° Le péristaphylin interne, ou pétrostaphylin, s'insère sur la face inférieure du rocher, en avant du canal carotidien, se porte de là en bas et en dedans pour s'épanouir en éventail sur la face postérieure du voile; ce muscle, par ses insertions, relève le voile et resserre l'orifice des trompes d'Eustache.

3° Le péristaphylin externe ou sphéno-staphylin prend naissance à la partie supérieure du bord interne de la base de l'apophyse ptérygoïde, sur une partie de la grande aile du sphénoïde et sur les parois antéro-externes de la trompe d'Eustache; puis de là ses fibres se portent en bas en suivant l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde pour venir se réfléchir sur le crochet de cet os et se terminer en s'élargissant sur la face inférieure du voile du palais. Ce muscle est surtout tenseur du voile et dilatateur de la trompe.

4° Les pharyngo-staphylins se trouvent situés dans l'épaisseur même du pilier postérieur dont ils suivent exactement la direction. Toutefois l'un des faisceaux accessoires de ce muscle (faisceau salpingo-pharyngien) vient de la portion fibro-cartilagineuse de la trompe dont il dilate l'orifice ; ce muscle sert encore à élever le pharynx et le larynx, il contribue aussi à rétrécir l'isthme du gosier.

5° Enfin, le glosso-staphylin est situé dans l'épaisseur du pilier antérieur.

2° Muqueuse — Toute cette portion de l'arrière-gorge est recouverte d'une muqueuse faisant suite à celle de la cavité buccale; comme elle, elle est tapissée à la partie antérieure d'épithélium pavimenteux stratifié. La portion postérieure qui au contraire fait suite à la cavité nasale, contient de l'épithélium cylindrique dans

sa portion supérieure. Il devient stratifié à mesure qu'on s'approche du bord libre ou inférieur.

3° Glandes. — Le voile du palais est très riche en glandes qui sont distribuées sur ses deux faces. Il présente surtout des glandes en grappes, analogues à celles des joues et des lèvres. Elles sont réunies entre elles par un tissu conjonctif sous-muqueux, assez dense à la face inférieure et plus lâche vers la partie supérieure. Il atteint sa plus grande laxité au niveau de la luette, d'où tendance marquée de cet organe à subir les infiltrations séreuses.

4° Vaisseaux. — Les artères du voile proviennent de la palatine supérieure, branche de la maxillaire interne ; elle suit le conduit palatin postérieur ; 2° la palatine inférieure, branche de la faciale ; 3° enfin la pharyngienne inférieure se distribue surtout aux piliers postérieurs.

Les veines supérieures s'anastomosent aux veines postérieures de la pituitaire pour aboutir avec elles aux plexus veineux de la fosse zygomatique. Les inférieures beaucoup plus importantes, viennent d'abord vers les parties latérales du voile du palais où elles s'unissent aux veines des amygdales ou à celles de la base de la langue. Elles se jettent comme ces dernières dans la jugulaire interne, ou l'un de ses affluents.

Les *lymphatiques* forment surtout à la base inférieure du voile du palais un réseau très important que Sappey (cité par Testut) a comparé à celui de la face dorsale de la langue. Ces vaisseaux se rendent dans les ganglions profonds du cou.

5° Nerfs moteurs. — Jusqu'à ce jour, dans les différents traités d'anatomie, les divers auteurs disent que les palato-staphylins et pérystaphylins internes sont innervés par le nerf palatin postérieur né du ganglion sphéno-palatin, qui reçoit sa branche motrice du nerf vidien, lequel la tient à son tour du grand nerf pétreux superficiel, branche du facial. Le péristaphylin externe serait innervé par une branche du ganglion otique, qui reçoit son rameau mo-

teur du petit pétreux superficiel, branche du facial, tandis que le pharyngo-staphylin seul recevrait son influx nerveux du plexus pharyngien.

Mais, ainsi qu'il ressort d'un important travail fait par le

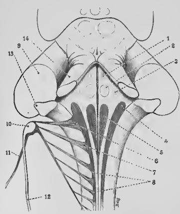


Fig. 1.

1, noyau moteur du trijumeau. — 2, noyau commun au facial et au moteur oculaire externe — 3, noyau propre du facial. — 4, noyau du glosso-pharyngien. — 5, noyau de l'hypoglosse. — 6, racines propres du pneumogastrique. — 7, racines bulbaires du spinal. — 8, racines médullaires du spinal. — 9, pédoncules cérébelleux moyens. — 10, ganglion plexiforme. — 11, branche externe du spinal pour le trapèze et le sterno. — 12, pneumogastrique et branche interne du du spinal (vago-spinal). — 13, pédoncules cérébelleux inférieurs. — 14, pédoncules cérébelleux supérieurs.

Dr Lermoyez, basé sur des recherches anatomo-pathologiques, et de ce que nous avons vu nous-même (Travail de Brindel, *Revue de Laryngologie*, 3 mars 1900), il paraît démontré aujourd'hui que les muscles du voile du palais reçoivent leur motricité du vago-spinal (fig. 1).

A sa sortie du bulbe, les racines formant ce nerf constituent la

branche interne du spinal qui se confond avec le pneumogastrique dans le ganglion plexiforme, tandis que la branche externe se dirige vers le trapèze et le sterno-cléido-mastoïdien. Du ganglion plexiforme, la branche interne du spinal descend, d'une part, sous forme d'un rameau pharyngien, innerver la totalité des muscles du voile du palais.

Les nerfs sensitifs sont fournis par les ganglions sphéno-palatins.

LUETTE

Au milieu du bord libre du voile du palais, se trouve un petit appendice, formé, comme nous l'avons dit plus haut, des deux muscles palato-staphylins accolés l'un à l'autre et recouverts par la muqueuse palatine, c'est la luette. Cette dernière varie comme forme, suivant les sujets. Habituellement, elle est effilée à son extrémité, tandis que sa base plus élargie, lui donnant l'aspect d'un cône, vient se perdre à la naissance des piliers antérieurs. Son extrémité est parfois arrondie et même chez quelques malades elle est complètement ratatinée sur elle-même, ayant une forme en marteau, comme si elle avait été l'objet de cautérisations profondes qui auraient déterminé une rétraction cicatricielle. Il est assez commun de la trouver volumineuse et oblongue, englobée au niveau de la naissance des piliers de l'arrière-gorge. Dans ce cas elle fait corps avec les faces antérieures et postérieures des piliers au-dessus desquels elle forme une saillie globuleuse.

Enfin, il n'est pas rare de voir une luette bifide à son extrémité et même jusqu'à sa base ; d'autres fois la bifidité de cet organe est simplement indiquée par une ligne médiane. La muqueuse qui la recouvre est reliée au tissu sous-jacent par un tissu cellulaire très lâche, ce qui explique les infiltrations œdémateuses considérables dont elle est souvent le siège.

AMYGDALES

L'amygdale occupe l'excavation connue sous le nom de fossette amygdalienne. Elle a la forme de la moitié d'une noix, dont la por-

tion convexe regarde en dedans, vers la cavité buccale. Ses dimensions et ses formes varient considérablement, suivant les sujets ; elle présente à considérer deux faces et deux extrémités. La surface interne libre regarde en dedans vers celle du côté opposé ; elle est habituellement pourvue d'un grand nombre d'orifices irréguliers. Cette glande est parfois arrondie, à surface lisse et unie, tandis que d'autres fois elle est allongée dans le sens vertical, souvent même elle paraît être composée de plusieurs morceaux mal soudés l'un à l'autre et séparés par de vastes rainures transversales (antéro-postérieures en général). Les orifices amygdaliens appelés cryptes conduisent dans des cavités plus ou moins anfractueuses, communiquant souvent entre elles, ou bien absolument isolées les unes des autres, ce qui fait ressembler l'amygdale à une véritable éponge. C'est dans ces cavités que l'on voit s'accumuler les sécrétions de cette glande dont l'élimination n'est pas toujours facile. C'est également cette conformation spéciale qui nous explique la possibilité de certaines infections de la région. La face externe s'applique directement contre l'amygdaloglosse ; elle répond à ce niveau et par l'intermédiaire de ce muscle, à l'aponévrose du pharynx, que doublent en dehors les faisceaux du constricteur supérieur (Testut).

Un peu au delà se trouve l'espace maxillo-pharyngien dans lequel chemine le paquet vasculo-nerveux qui comprend la carotide, la jugulaire interne, le pneumo-gastrique, etc. Avec Testut[1] nous rappellerons que la carotide interne s'applique contre la face externe du pharynx et qu'elle est séparée de l'amygdale par toute l'épaisseur de la paroi pharyngienne à laquelle vient s'ajouter l'amygdaloglosse, de telle sorte qu'un intervalle de 20 à 25 millimètres environ sépare ordinairement cet important vaisseau de la glande.

Le pôle supérieur de l'amygdale correspond au point où commence l'écartement des deux piliers du voile du palais. Il n'est pas rare de trouver jusque sur la partie cintrée du pilier postérieur des amas de follicules clos agglomérés et adhérents,

[1] *Traité d'Anatomie*, vol. III, p. 34.

formant à ce niveau comme une sorte de prolongement de l'amygdale

La région supérieure de cette glande est en général creusée d'une ou plusieurs cryptes profondes, souvent cachées derrière le pilier antérieur. Leur connaissance est importante en pathologie parce que cette sorte de recessus épiamygdalien constitue un point d'élection pour certaines affections de la région.

Ce furent surtout Killian[1] en 1897, et Patterson[2] en 1898, qui attirèrent l'attention des praticiens sur l'importance de ce que le premier appelait l'angle supérieur de l'amygdale palatine, et le second la fossette susamygdalienne. Depuis cette époque, d'autres travaux sont venus démontrer encore combien il est utile de connaître ce détail d'anatomie de l'arrière-gorge.

A la partie inférieure, l'amygdale vient se perdre sur les bords de la langue, se confondant souvent avec les follicules clos disséminés à ce niveau, auxquels on a donné le nom d'amygdale linguale. J'ai trouvé également à ce niveau des cryptes assez profondes mal ouvertes à l'extérieur, à cause du pilier antérieur et de la base latérale de la langue qui forme à ce niveau un angle dièdre assez serré. Cette disposition nous explique l'apparition de certaines infections occupant la portion inférieure de la loge amygdalienne vers la région latérale de l'amygdale linguale.

Structure de l'amygdale. — L'épithélium amygdalien est comme celui des régions voisines, pavimenteux, stratifié. L'amygdale elle-même est constituée par du tissu adénoïde, c'est-à-dire par une série de follicules clos, entre lesquels pénètrent les éléments conjonctifs venus du tissu sous-muqueux. Dans ce dernier, existent quelques glandes acineuses qui s'ouvrent dans l'intérieur des cryptes. Nous avons déjà dit que des sortes de lacunes sont parfois profondes, au point de diviser l'amygdale en deux ou trois lobes. Les cryptes s'étendent souvent jusqu'au fond de la loge amygdalienne.

[1] XIe réunion des Laryngologistes de l'Allemagne du Sud, 7 juin.
[2] *The Journal of Laryngology*, avril, nº 4.

Vaisseaux et nerfs. — Les *artères* proviennent de la linguale, de la pharyngienne inférieure et des palatines, supérieure et inférieure ; elles s'épanouissent dans l'épaisseur des amygdales en réseaux capillaires, entre les follicules, pénètrent même dans leur intérieur.

Les *veines* se portent en dehors ; elles forment sur les parois externes de l'amygdale une sorte de plexus veineux quelquefois très important, qui explique, d'après les auteurs, certaines hémorragies en nappe à la suite de la section de ces glandes. Cependant, toutes les fois que j'ai vu survenir des hémorragies inquiétantes après l'amygdalotomie, j'ai toujours constaté à l'aide d'un bon éclairage (miroir frontal électrique) que le sang provenait d'une artériole plutôt que des veines.

Les *lymphatiques* se réunissent à ceux de la face dorsale de la langue ; ils se rendent aux ganglions de l'angle de la mâchoire.

Les nerfs très peu importants viennent du lingual et du glosso-pharyngien.

PHARYNX

La paroi postérieure de l'arrière-gorge comprend, avons-nous dit, le pharynx qui est lui-même constitué par cette portion du canal alimentaire allant de l'apophyse basilaire de l'occipital jusqu'à la quatrième ou cinquième vertèbre cervicale. Formé d'un canal irrégulier, plus large en haut qu'en bas, il a l'aspect d'un quadrilatère à bords arrondis ; il glisse sur la colonne vertébrale, ce qui lui permet d'accomplir les mouvements nécessaires à la déglutition et à la respiration.

Il est en rapport, en arrière, avec l'aponévrose des muscles prévertébraux ; sur les côtés avec la carotide et la jugulaire internes, ainsi que les nerfs qui les accompagnent ; en avant, avec les arrière-fosses nasales, le voile du palais, l'isthme du gosier, le dos de la langue, l'épiglotte et au-dessous avec la région antéroïdienne face postérieure, les replis ary-épiglottiques et l'entrée de l'œsophage.

Nous laisserons ici de côté le pharynx nasal dont l'anatomie a

été faite dans un précédent volume (*Manuel pratique des maladies des fosses nasales, de la cavité naso-pharyngienne et des sinus* (2[e] édit., 1896), pour nous occuper seulement du pharynx buccal et laryngien.

Le pharynx, dit buccal, est limité en haut par un plan passant

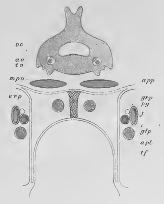


Fig 2 — Coupe horizontale schématique de l'espace rétro-pharyngé (d'après Escat).

cv, vertèbre cervicale. — *tv*, trou vertébral. — *av*, artère vertébrale. — *mpv*, muscles prévertébraux. — *grp*, ganglion rétropharyngien. — *erp*, espace rétropharyngien. — *app*, aponévrose provertébrale. — *pg*, pneumogastrique. — *j*, jugulaires. — *c*, carotide. — *glp*, ganglion latéro-pharyngien. — *apl*, aponévrose latérale. — *tf*, tunique fibreuse.

au niveau de la luette, et en bas, par un autre plan venant couper l'extrémité postérieure de la grande corne de l'os hyoïde. De cette sorte, la face antérieure incomplète est formée par la luette et la base de la langue, avec les replis ary-épiglottiques comme limite inférieure, les piliers et les amygdales comme parois latérales. La portion laryngée du pharynx occupe l'espace compris entre l'os hyoïde en haut et le bord supérieur du cricoïde en bas.

Au milieu se trouve l'épiglotte avec ses replis glosso et ary-épiglottiques, la paroi inférieure étant formée par l'orifice de l'œsophage. La longueur de chacune des portions que nous venons de décrire est d'environ 4 centimètres à 4 centimètres et demi.

Les muscles du pharynx se composent de trois constricteurs, supérieur, moyen et inférieur, auxquels il faut ajouter les deux muscles élévateurs, le pharyngo-staphylin, dont nous avons déjà parlé plus haut, et le stylo-pharyngien, muscle long, grêle et étroit, prenant naissance sur les côtés internes de la base de l'apophyse styloïde pour se porter de là obliquement en bas et en dedans sur la paroi externe du pharynx.

Muqueuse. — La muqueuse du pharynx est doublée en dehors d'une couche fibreuse qui se continue avec celle de l'œsophage. Elle est recouverte d'un épithélium pavimenteux et contient dans son épaisseur de nombreux follicules clos, particulièrement au niveau des parties latérales, en arrière des piliers postérieurs ; elle possède aussi de nombreuses glandes en grappes.

Vaisseaux et nerfs. — Les *artères* viennent de la pharyngienne (branche de la carotide externe) et de la ptérygo-palatine.

Les *veines* réunies sous forme de *plexus* superficiel et profond, vont se jeter dans la jugulaire interne.

Les *lymphatiques* vont, les supérieurs, dans un ganglion situé au niveau de la partie la plus élevée du constricteur supérieur (Sappey), les inférieurs traversant la membrane thyro-hyoïdienne, se jettent dans un groupe de ganglions placés en avant de la carotide primitive, près de sa bifurcation.

Les *nerfs* proviennent du plexus pharyngien. D'après Testut (*loc. cit.*, p. 74) l'analyse physiologique nous apprend que la sensibilité muqueuse appartient au pneumo-gastrique, tandis que les phénomènes vasculaires et secrétoires sont sous la dépendance du ganglion cervical supérieur. Les muscles sont innervés par le glosso-pharyngien et par le spinal.

Telle est, succinctement indiquée, l'anatomie de l'arrière-gorge et des principales parties qui constituent cette importante région.

Cet exposé suffira, j'espère, pour permettre de comprendre la pathologie des différents organes dont nous venons d'étudier le siège, la forme et la constitution.

EXAMEN DE L'ARRIÈRE-GORGE

Il semble au premier abord qu'il est superflu d'indiquer la manière dont il faut procéder pour inspecter l'arrière-gorge, tant ces examens sont fréquents et paraissent faciles. Cependant, il arrive bien souvent que soit à cause de la langue ou des réflexes nauséeux, soit faute de technique, on ne puisse voir le pharynx buccal. On a en effet l'habitude dans la pratique courante, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants, de leur faire tirer la langue au dehors en leur disant de se contracter énergiquement pour voir ce qui se passe dans cette cavité.

C'est là une manière de faire absolument condamnable qui peut donner lieu à de nombreuses causes d'erreurs et ne permet pas de se rendre un compte exact de l'aspect de cette région.

Pour pratiquer l'examen complet de l'arrière-gorge, il est indispensable :

1° De prier le malade d'ouvrir largement la bouche en découvrant ses dents, c'est-à-dire en retirant ses lèvres dans la limite du possible ;

2° *L'obliger à garder sa langue dans la bouche, placée derrière l'arcade dentaire,* de manière à pouvoir mettre soit une spatule, une cuillère ou mieux encore un abaisse-langue, *sur le tiers antérieur de cet organe*, que l'on abaisse avec douceur, mais aussi avec énergie sur le plancher buccal. Priant alors le sujet d'émettre la voyelle A, on a bien des chances de ne provoquer aucun réflexe nauséeux et de voir parfaitement toute la cavité à examiner. On aperçoit alors nettement le voile du palais, la luette, les piliers, les amygdales, le pharynx buccal et même pendant le relèvement du voile la portion inférieure du pharynx nasal.

Il n'est pas très rare, chez certains malades très dociles, de voir même la pointe de l'épiglotte. Pendant l'effort, il est presque toujours possible chez l'enfant, d'apercevoir l'opercule glottique.

Si la langue est récalcitrante, se met en dos d'âne, s'échappant sous la spatule qui cherche à la contenir, il suffit en général de s'armer d'un peu de patience, de rassurer le malade, d'obtenir de lui un peu de docilité, pour que par de petits tapotements successifs faits sur la face dorsale de cet organe, on arrive peu à peu à

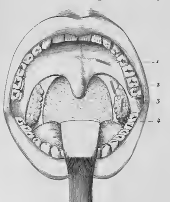


Fig. 3. — Position de la langue et de l'abaisse-langue pendant l'examen de l'arrière-gorge.

1, voile du palais et naissance du pilier antérieur. — 2, pilier postérieur. — 3, amygdale gauche. — 4, paroi du pharynx buccal.

le maîtriser et à le placer sur le plancher de la bouche, où il est ensuite facile de le maintenir.

Il faut, pour faire un bon examen, dire au patient d'émettre la voyelle A, pour découvrir largement son arrière-gorge. On doit également prier le sujet de respirer tranquillement, de manière à bien juger de l'aspect de cette région, sans se laisser impressionner par le premier coup d'œil qui très souvent fait apparaître la

muqueuse rouge et congestionnée par suite de la stase veineuse qui résulte de l'ouverture plus ou moins difficile de la bouche et de la contraction que fait malgré lui le malade, au début de l'examen. C'est là une cause d'erreur fréquente chez les débutants, qu'il suffit de connaître pour l'éviter.

Souvent même, si l'on n'est pas très habitué à pratiquer l'inspection de la gorge, on juge de sa situation pendant un effort. Il en résulte que chez les enfants, les amygdales peuvent paraître volumineuses, parce qu'elles sont projetées dans l'intérieur de la cavité buccale, alors qu'elles ont un volume à peu près normal, si on les voit pendant la respiration tranquille, assez difficile à obtenir chez l'enfant.

Enfin, chez certains nerveux ou chez les professionnels de la voix, habitués à regarder souvent leur pharynx, il n'est besoin ni de spatule, ni d'aucun instrument pour les examiner, ces malades ayant pris l'habitude d'abaisser eux-mêmes automatiquement leur langue sur le plancher de la bouche, de la creuser même en gouttière et de découvrir la région pharyngienne qui se présente alors dans toute sa hauteur à l'œil de l'observateur.

Lorsqu'il s'agit d'examiner le pharynx inférieur ou la base de la langue, il est indispensable de recourir au miroir laryngoscopique; nous décrirons cette technique un peu plus tard, à propos des maladies du larynx.

II

PATHOLOGIE DE L'ARRIÈRE-GORGE

ANGINE ÉRYTHÉMATEUSE

On désigne sous ce nom une inflammation catarrhale superficielle de la muqueuse de l'arrière-gorge.

Symptômes. — Cette forme d'inflammation aiguë est surtout caractérisée, au point de vue symptomatologique, d'abord par une sorte de malaise général plutôt que par de la fièvre véritable, et par une douleur très intense, qui apparaît particulièrement pendant l'acte d'avaler.

La déglutition d'un bol alimentaire semi-liquide est d'ordinaire plus facile que celle d'aliments tout à fait liquides et surtout de la salive. Suivant que l'érythème est localisé à une partie de l'arrière-gorge ou diffus, les douleurs sont plus ou moins violentes, tout mouvement de la langue les réveille et les fait se répercuter du côté des oreilles.

A l'examen objectif, il peut se faire qu'au premier abord un œil peu exercé ne constate dans les formes légères, l'existence d'aucune lésion. Mais à un examen plus attentif il est facile de voir que le voile du palais et surtout la base du pilier antérieur sont d'un rouge piqueté, parfois assez vif ; souvent même il existe à la surface de la muqueuse une série de petites érosions blanchâtres, de forme irrégulière, rappelant d'assez loin la stomatite aphteuse, dont on pourrait du reste les rapprocher, tant par l'aspect de la lésion que par les douleurs violentes qui en sont la conséquence.

Ces petites érosions grisâtres, très superficielles, sont quelquefois discrètes et n'occupent qu'un point de l'arrière-gorge; d'autres fois, au contraire, elles sont diffuses, parsemant la base de la langue, particulièrement vers l'angle dièdre formé par cet organe et le pilier antérieur, au niveau de l'insertion de ce dernier. Elles atteignent même la face linguale de l'épiglotte ou le bord libre de cet opercule, ce qui rend alors la déglutition extrêmement pénible.

Le seul diagnostic différentiel important est de distinguer cette angine érythémateuse de l'angine aphteuse, avec laquelle elle offre la plus grande analogie. Dans cette dernière, on retrouve habituellement des aphtes sur la muqueuse buccale, la face interne des joues, les lèvres, le bord de la langue, etc.; de plus, la forme des érosions est plus régulière, elles sont plus profondes et leur nombre plus discret, 2 ou 3 au maximum. Peut-être s'agit-il assez souvent d'une sorte d'urticaire de l'arrière-gorge et du larynx.

Le traitement doit consister en gargarismes émollients, alcalins, chlorate de potasse, borate de soude, etc.; en badigeonnages et attouchements des surfaces érodées, avec une solution de chlorure de zinc au cinquantième, ou mieux encore, avec une solution de nitrate d'argent au cinquième.

Un traitement alcalin à l'intérieur (lait, eau de Vichy, œufs) constitue également un adjuvant important pour aider à guérir cette affection que j'ai vu dans quelques cas durer pendant huit, dix et quinze jours, pour revenir par poussées, à l'occasion des causes les plus banales : fumée de tabac, ingestion d'aliments épicés, de crustacés et surtout de fraises.

Il semble que cette angine érythémateuse soit plus fréquente à certaines époques de l'année (fin de printemps, début de l'automne) et chez l'homme que chez la femme Il m'a paru aussi qu'on l'observait assez souvent chez les jeunes gens, au moment de l'évolution de la dent de sagesse, dont l'irruption provoque fréquemment des irritations variées de la muqueuse de l'arrière-gorge, telle que l'angine ulcéro-membraneuse.

Lorsque les phénomènes inflammatoires ont disparu, on peut conseiller un gargarisme iodé-ioduré, ou une solution un peu plus astringente.

ÉRYTHÈME POLYMORPHE

L'érythème polymorphe des muqueuses bucco-laryngées paraît être plus fréquent à certaines époques de l'année (printemps, automne); l'absorption de certains fruits (fraises) sur les sujets prédisposés, favorise son apparition. On observe alors dans le fond de la gorge, en particulier sur les amygdales, le voile du palais ou les piliers antérieurs de préférence, une sorte d'érythème récidivant, caractérisé par la présence de petites excoriations superficielles recouvertes d'un enduit grisâtre pelliculaire très mince, facile à enlever avec un petit tampon sec. Cette lésion généralement très éphémère, durant à peine vingt-quatre ou quarante-huit heures, ressemble à une brûlure superficielle limitée. Une fois l'épiderme macéré enlevé, on constate l'existence d'une petite perte de substance rougeâtre de forme circinée ou en croissant, entourée d'un liséré grisâtre qui en dessine les contours

Ces éruptions se retrouvent ordinairement sur la face interne des joues, souvent sur les lèvres, et même le dos ou sur les côtés de la langue; elles sont exceptionnelles sur la paroi pharyngienne.

La caractéristique de cet érythème est la rapidité de son évolution et le soulèvement pemphygoïde du début très éphémère et très difficile à constater *in situ*, la mince pellicule d'épiderme macérée et sphacélée se détachant au moindre mouvement de la langue ou du voile, ou lors de la déglutition. Le passage de certains aliments un peu épicés (bouillon en particulier) est parfois douloureux. Ces sortes d'éruptions sont assez tenaces et après avoir semblé guéries pendant quelques jours, elles récidivent souvent en dépit de tout traitement.

Ces altérations morbides pourraient au premier abord, être confondues avec une plaque muqueuse dont elles n'ont cependant ni

la coloration opaline, ni le liséré rouge inflammatoire si spécial à la plaque syphilitique. De plus, la forme de ces deux lésions est un peu différente : l'érythème polymorphe ressemble à de petites dentelures, à des festons recouverts d'une pellicule membraneuse facile à enlever, laissant à sa place comme une sorte de gerçure superficielle ; souvent même dans le milieu de la plaque la muqueuse est absolument saine, et le liséré qui en dessine la forme est grisâtre et un peu opalin ; le reste de la muqueuse est intact.

Le *traitement* consiste surtout en un régime général alcalin, gargarismes boratés et attouchements des parties ulcérées avec une solution de chlorure de zinc (1/50) cocaïnée, ou de nitrate d'argent sous la forme de crayon ou en solution au cinquième. Un régime spécial est habituellement utile pour empêcher le retour si fréquent de cette infection locale.

DU PEMPHIGUS DE L'ARRIÈRE-GORGE

L'éruption de bulles de pemphigus dans l'arrière-gorge peut se faire d'une façon aiguë ou chronique.

A. *Forme aiguë*. — C'est de beaucoup la moins connue et la moins étudiée, car elle paraît être aussi la plus rare ; c'est également celle dont le diagnostic est le plus difficile, puisque l'on n'a pas de lésions cutanées concomitantes aidant à établir la nature de l'affection de l'arrière-gorge que l'on a sous les yeux[1].

Étiologie. — Les causes du pemphigus aigu sont encore assez mal définies. On l'observe à tous les âges. L'influence saisonnière ne paraît avoir aucune importance sur son apparition pas plus que l'état général des malades ; on n'a même relevé chez eux aucune sorte d'intoxication alimentaire, médicamen-

[1] Ceux que la question du pemphigus des muqueuses des premières voies aériennes et digestives pourraient intéresser, pourront lire avec intérêt le travail du Dr Montfort (Thèse de Bordeaux, 1902).

teuse ou professionnelle. Quelques-uns sont des arthritiques. D'autres, au contraire, exposés à des éruptions cutanées.

Symptomatologie. — Habituellement, le début du pemphigus aigu est brusque; le malade se plaint de ressentir tout à coup à l'arrière-gorge une douleur vive qu'il compare à une brûlure. C'est le matin au réveil qu'il s'est aperçu de son mal, ou bien pendant qu'il prenait tranquillement son repas, sans avoir toutefois constaté que les aliments absorbés fussent trop chauds ou qu'il se fût fait en mangeant un traumatisme quelconque.

Si le malade regarde sa gorge, il constate lui-même la présence d'une ou plusieurs bulles sur la muqueuse palatine ou le voile, particulièrement autour de la luette. D'autres fois, c'est simplement au moment où la bulle se rompt que l'effusion du liquide dans sa bouche attire l'attention du malade, le porte à regarder sa gorge et venir consulter un médecin. On peut donc avoir l'occasion d'examiner le sujet atteint à deux périodes différentes.

Dans le premier cas, il se présente avec des bulles plus ou moins nettes, d'un volume variable, assez régulières, d'aspect grisâtre, de forme arrondie ou ovalaire. Leurs dimensions varient du volume d'une lentille à celui d'une grosse amande : j'ai même vu une seule bulle couvrir la plus grande partie du voile du palais. Le liquide qu'elles contiennent soulève la muqueuse en une saillie régulière, rappelant tout à fait l'apparence d'une phlyctène de brûlure au deuxième degré. Tout autour, se trouve une auréole rouge plus ou moins étendue, sans infiltration périphérique. Si l'on ouvre cette pellicule, il s'écoule généralement un liquide séreux.

Dans d'autres cas, la bulle a une coloration noirâtre, parce que son contenu est sanguin (forme hémorragique).Ces lésions siègent habituellement au-dessus de la luette, au milieu ou sur l'un des côtés.

On a également rencontré du pemphigus sur l'épiglotte et les cartilages aryténoïdes (Wagner).

A la deuxième période, lorsque la bulle, dont la durée est très éphémère du reste, s'est ouverte, on rencontre à sa place une

petite membrane opaline, ridée, en tous points semblable à celle d'une phlyctène rompue. Bientôt après, ce n'est plus qu'une plaque blanc jaunâtre ou grisâtre, d'aspect fibrineux, régulièrement appliquée sur la muqueuse. Cet exsudat a tantôt des concours assez nets et tantôt une forme irrégulière plus ou moins frangée; il est entouré d'un liséré rougeâtre toujours sans infiltration de la muqueuse. Si la bulle a été hémorragique, la pellicule qui la remplace est brunâtre. Une fois cette dernière enlevée, la muqueuse apparaît au-dessous, légèrement congestionnée, mais souple et non sanieuse.

Les troubles fonctionnels consistent habituellement en une sensation de brûlure que le malade ressent surtout au moment de la déglutition de certains aliments liquides un peu chauds ou salés (bouillon). Il n'existe aucun autre trouble général, pas d'adénopathie, à peine constate-t-on dans quelques cas un léger état saburral des voies digestives.

Si, au contraire, on était au début d'un pemphigus généralisé, on observerait de la céphalée, des frissons, de la courbature, de l'abattement général, et même une élévation thermique (cas de Mesnard).

Marche. Durée Pronostic. — La marche de l'affection est généralement assez rapide, la bulle s'ouvrant quelquefois le jour même où elle a apparu, tandis que dans d'autres cas elle persiste pendant deux ou trois jours, pour laisser à sa place la pellicule qui sera remplacée bientôt par une simple macule.

Une première atteinte ne donne pas l'immunité, et j'ai assez souvent constaté plusieurs récidives chez les mêmes malades.

Le pronostic est des plus bénins, car les troubles de la déglutition sont passagers et sans aucune gravité.

Diagnostic. — L'une des affections avec lesquelles on pourrait confondre le pemphigus aigu est la brûlure de l'arrière-gorge qui se traduit par les mêmes symptômes; mais l'interrogatoire du malade suffit toujours pour éliminer cette cause d'éruption phlycténulaire.

L'angine érythémateuse simple survient en général au milieu de symptômes fébriles : la gorge est sèche, très douloureuse, au point que la déglutition est extrêmement gênée, à peu près impossible ; l'éruption ne ressemble nullement à celle de l'affection que nous venons d'étudier. Il en est de même de l'herpès, qui se traduit par des symptômes trop spéciaux pour qu'on puisse songer à le confondre avec le pemphigus.

Dans l'angine secondaire de la syphilis, la plaque muqueuse présente quelque analogie avec la fausse membrane qui suit la rupture de la bulle, mais cependant la lésion syphilitique occupe généralement les piliers, les amygdales, la face interne des lèvres, et rarement la partie moyenne du voile du palais. Sa forme est très irrégulière, peu développée. Il existe un liséré carminé et une sorte d'érythème et même de tuméfaction de l'arrière-gorge qui ne saurait prêter à la confusion entre les deux maladies.

L'absorption de certains médicaments, notamment de l'iodure de potassium et de l'antipyrine a pu déterminer l'apparition de stomatites érythémateuses phlycténulaires, qui pourraient être confondues avec le pemphigus vrai, l'interrogatoire du malade permettrait alors de lever les doutes que l'on aurait à ce sujet

Les commémoratifs suffiront aussi pour éliminer le diagnostic d'hématome, dans les cas où l'on se trouverait en présence d'un pemphigus hémorragique.

D'un autre côté, il est rare que les ecchymoses traumatiques de l'arrière-gorge ne soient pas accompagnées d'une déchirure plus ou moins notable des régions voisines.

Traitement. — Le traitement est des plus simples, l'affection ayant par elle-même des tendances à disparaître. Pendant les premiers jours, on conseillera une alimentation demi-liquide, alcaline de préférence, lait, œufs, eau de Vichy, puis l'on pourra prescrire des gargarismes émollients, froids de préférence, la chaleur étant très désagréable au malade ; en un mot, on agira comme si il s'agissait d'une simple angine aiguë, en conseillant le repos de l'organe.

Si la bulle n'était pas ouverte au moment où le malade se pré-

sentait à l'examen, il suffirait de faire une légère incision pour voir s'écouler au dehors le liquide qu'elle contiendrait.

B. *Forme chronique.* — Étiologie. — Le pemphigus chronique paraît être une maladie de l'adulte ; souvent même il s'observe à une époque déjà avancée de la vie ; toutefois il existe des observations concernant des adolescents (Alexander, dix-sept ans, Thost, vingt-six ans, etc.).

L'affection survient habituellement chez des individus faibles, cachectiques, dont la nutrition générale se fait mal. Elle paraît être surtout fréquente en Allemagne et en Autriche, où elle est peut-être mieux connue, par conséquent mieux observée et plus facilement décrite que dans nos pays où elle passe souvent inaperçue.

L'examen des différents organes est presque toujours négatif.

Cette forme chronique succède généralement à l'affection généralisée qui s'étend ainsi de proche en proche, de la peau aux muqueuses des cavités buccales et à celles de l'arrière-gorge, voire même du nez et du larynx. La conjonctive n'échappe pas ordinairement aux progrès du mal. La période qui sépare le début de la manifestation cutanée et le moment où se fait la propagation muqueuse est très variable, car le pemphigus présente dans sa marche une allure absolument irrégulière. C'est ainsi que les lésions de la peau ont pu précéder de six semaines à deux ans celles de la muqueuse de la gorge. Tandis que d'autres fois, c'est seulement à la période terminale de la maladie que l'on constate l'envahissement de ces portions de l'organisme. Quelques auteurs pensent avec Brocq que l'éruption des muqueuses peut être primitive. On a vu ces différentes régions être atteintes deux, trois et même quatre mois avant la surface cutanée (Héryng, Mossler, trois ans). Le pemphigus revêtait la forme folliacée typique, ou la forme bulleuse.

Enfin, on peut même observer des cas de pemphigus restant localisés aux muqueuses, sans jamais atteindre les téguments (Hébra, Rollet).

Symptomatologie. — Le début du pemphigus chronique est habituellement insidieux ; le malade éprouve de temps à autre soit

une sécheresse anormale, soit une légère douleur, surtout au moment de la déglutition de certains aliments un peu chauds ou trop épicés. Dans les fosses nasales, la maladie se manifeste par des épistaxis et par le rejet de temps à autre de quelques débris de fausses membranes. Comme il n'est pas rare de voir la conjonctive atteinte, on peut même dire que c'est une sorte d'hypersécrétion nasale qui marque le début de l'affection. Ces accidents peuvent durer des mois et des années, sans attirer l'attention du malade. C'est pour ainsi dire à la longue que le mal ayant fait des progrès, on songe à consulter le médecin.

Il est rare de constater l'existence de véritables bulles, car leur durée est toujours éphémère. Lorsqu'elles existent, elles revêtent à peu près les mêmes caractères translucides ou noirâtres hémorragiques, dont nous avons parlé en décrivant le pemphigus aigu.

Une fois la bulle rompue, on aperçoit à sa place une sorte d'exsudat fibrineux, blanc jaunâtre, ridé, de forme assez régulière rappelant bien par sa forme et ses dimensions la bulle préexistante. Cette sorte de membrane est ordinairement fixée à la muqueuse dans toute son étendue, toutefois il peut arriver que l'un de ses bords se soulève et alors, roulée par les frottements de la langue et les mouvements de déglutition, elle se détache partiellement ou en totalité, laissant à sa place une muqueuse rouge, congestionnée, parfois granuleuse et un peu saignante. Généralement, dans l'espace de quatre, cinq et dix jours au maximum, la réparation se fait sans laisser de cicatrice.

Les conjonctives, au contraire, après la disparition des bulles, présentent des exsudats fibrineux, auxquels font place des ulcérations variées, des synéchies entre la conjonctive palpébrale et oculaire, qui déterminent une atrésie des paupières. Les culs-de-sac conjonctivaux, envahis de tractus fibreux, tendent à disparaître. La cornée s'ulcère, se sclérose et se vascularise au point de former à sa surface un véritable pannus. La vue s'affaiblit, puis disparaît, soit par suite de l'opacité de la cornée, soit par compression graduelle du bulbe oculaire qui finit par s'atrophier (Montfort).

Dans les formes plus graves, l'apparition des bulles se fait par poussées successives très rapprochées, elles se généralisent à presque toute la muqueuse, formant des exsudats épais et des bulles qui occupent à la fois le voile du palais, la langue, les gencives, le nez, le pharynx et jusqu'aux cartilages aryténoïdes, aux cordes vocales et à la trachée. Dans ces cas, la réparation des tissus se fait mal, il survient des excoriations, voire même des ulcérations qui laissent après elles soit des synéchies, soit des rétractions cicatricielles plus ou moins prononcées.

Les symptômes fonctionnels dépendent du siège et de la nature des lésions. Lorsque ces dernières sont très étendues, très profondes, elles se reproduisent souvent Ce n'est plus seulement de la gêne qu'accuse le malade, mais de véritables douleurs spontanées augmentées par les mouvements de déglutition. La respiration elle-même arrive à être gênée; les fosses nasales sont souvent obstruées de croûtes épaisses, obligeant le malade à respirer la bouche ouverte Il n'existe point de fièvre, mais dans les formes graves à marche rapide, chaque éruption peut être annoncée par une sensation de la céphalalgie, des frissons mêmes.

En général, le système ganglionnaire est indemne.

Marche. Durée. Pronostic. — La durée des accidents est extrêmement variable. Tantôt l'affection marche par poussées légères se succédant à des intervalles plus ou moins éloignés, tandis que d'autres fois, chez des sujets faibles et déjà cachectiques, les lésions prennent une marche rapidement envahissante, l'évolution des bulles se suivant de très près. Dans des formes encore plus graves, les ulcérations surviennent de bonne heure, rendant l'alimentation difficile.

Le pronostic dépend donc de la manière dont évolue la maladie, de sa forme et surtout du sujet qu'elle atteint.

Il peut cependant arriver que l'affection reste stationnaire pendant plusieurs années (Seifert, Dremmen) : ou qu'il se produise pendant plusieurs mois des périodes d'amélioration très marquées, mais il est rare de ne pas voir survenir de nouvelles récidives, car la guérison complète semble n'avoir jamais été observée.

Anatomie pathologique. — L'examen bactériologique ne paraît pas jusqu'à ce jour avoir donné de résultats bien probants ; la plupart du temps, il est négatif (Seifert).

Dans quelques autopsies faites par Kapozzi, sur des malades morts du pemphigus, cet auteur a trouvé dans un seul cas, de la sclérose des cordons latéraux de la moelle. Cependant il semble que seule une altération fonctionnelle trophique, d'un point du système nerveux, pourrait expliquer l'apparition et surtout la marche essentiellement chronique et récidivante de l'affection.

Diagnostic. — Le diagnostic du pemphigus isolé des muqueuses peut être quelquefois très difficile, surtout si l'on n'a pas l'occasion de voir les bulles à leur période d'état. Au premier abord en effet, on pourrait songer à une stomatite érythémateuse ou même secondaire, mais la première affection est très fugace, extrêmement douloureuse ; la seconde s'accompagne habituellement d'autres troubles qui mettent rapidement sur la voie du diagnostic.

Traitement. — Aucun traitement général ne paraît avoir guéri le pemphigus : le mercure, l'iodure de potassium ont aggravé le mal. Ce n'est qu'à haute dose (20 ou 30 gouttes de liqueur de Fowler (Hutchinson) que ce dernier médicament semble avoir une petite influence sur la marche des lésions.

Par contre, le traitement local à l'aide de lavages et de gargarismes émollients ou alcalins et l'hygiène de la bouche pourront, dans une certaine mesure, calmer les douleurs éprouvées par le malade et enrayer un peu la marche du mal. Si les douleurs sont trop vives, quelques insufflations d'orthoforme pur ou mélangé à un peu de borate de soude, et même les badigeonnages avec des solutions de glycérine cocaïnées seront utiles au malade. L'alimentation devra être toujours reconstituante, mais non épicée ni trop chaude, pour éviter les sensations de brûlure qui résulteraient d'une nourriture défectueuse.

ANGINE CATARRHALE AIGUË. — FLUXION AMYGDALIENNE

On désigne sous ce nom une inflammation aiguë, circonscrite ou diffuse de l'arrière-gorge, caractérisée par de la rougeur et un léger gonflement des parties qui composent cette région.

Étiologie. — L'inflammation aiguë de l'arrière-gorge apparaît de préférence à certaines époques de l'année, particulièrement pendant l'été. Elle semble être plus fréquente chez les sujets rhumatisants, chez lesquels elle prend les caractères d'une véritable fluxion amygdalienne. Bien que l'on ne puisse pas d'une façon absolue et toujours établir une relation de cause à effet entre le rhumatisme ou la goutte et cette forme particulière d'infection, il n'en est pas moins vrai que l'on a pu observer chez quelques sujets la coexistence d'une douleur articulaire fugace, ou de rhumatisme musculaire aigu et de l'angine superficielle. On a même noté certaines attaques de goutte alternant avec les poussées fluxionnaires de l'arrière-gorge ou des amygdales seulement. L'humidité et le refroidissement sous toutes ses formes, sont les causes habituelles de l'affection dont les récidives sont assez fréquentes.

Symptômes. — Le début est généralement assez brusque, il s'annonce par de la courbature, du malaise, quelquefois une transpiration facile mais modérée et quelques troubles gastro-intestinaux légers auxquels succède très rapidement une sensation de douleur ou d'ardeur à l'arrière-gorge, exaspérée par les mouvements de la langue ou du voile. Dans d'autres cas les symptômes généraux font à peu près défaut. Beaucoup moins vive que dans les formes exsudatives, la douleur est parfois assez intense pour gêner la déglutition *à vide*. Elle occupe toute l'arrière-gorge ou un seul côté, suivant que la lésion est généralisée ou localisée. Il est assez habituel, surtout dans les formes rhumatismales, de voir les phénomènes douloureux s'accentuer vers le soir ou après un usage prolongé de la voix. Il se produit vraisemblablement

alors une poussée congestive qui exaspère les troubles fonctionnels. La palpation externe même profonde ne réveille aucune sensibilité de la région tuméfiée.

A l'examen on constate une rougeur diffuse occupant habituellement ou l'un des piliers et la surface d'une amygdale seulement (forme circonscrite), ou le voile du palais, la luette et les piliers antérieurs (forme diffuse). Souvent même la luette est œdématiée, ressemblant à une petite vessie de poisson. Mais il n'existe à la surface de la muqueuse aucune sorte d'exsudat ; la langue est saburrale, l'adénopathie nulle. Lorsque l'infection est localisée, elle peut ressembler à l'état congestif qui précède la formation d'un abcès amygdalien. C'est particulièrement dans la forme rhumatismale que l'on observe ce mouvement fluxionnaire habituellement localisé à un côté et souvent même à une partie de l'amygdale ou des piliers.

Marche. Durée. Terminaison. — Dans les formes légères on a vu la guérison se produire en quarante-huit heures ; cependant l'affection peut se prolonger un peu plus longtemps et durer cinq, six jours, c'est le maximum qu'elle puisse atteindre. Quelquefois elle alterne avec des crises de rhumatisme musculaire ou articulaire, mais très souvent l'angine existe seule et dans ce cas il est difficile de pouvoir toujours la rattacher à cet état diathésique.

Diagnostic. — Le mode de début de l'inflammation gutturale, sa marche, l'absence de produits pultacés à la surface de l'amygdale permettent en général de poser le diagnostic et d'éliminer toutes les angines à éruption.

La syphilis précoce et érythémateuse de l'arrière-gorge, fébrile parfois, pourrait être confondue avec cette affection ; mais habituellement, dans la syphilis, les symptômes inflammatoires sont beaucoup moins aigus et la douleur moins vive. De plus, il n'existe pas d'infiltration de la région. La marche de la maladie mettrait rapidement sur la voie du diagnostic s'il avait pu être hésitant.

L'angine scarlatineuse s'annonce souvent par une rougeur pourprée, presque caractéristique, occupant non seulement l'arrière-gorge, mais toute la cavité buccale, particulièrement la face interne des joues ; souvent même il existe un exsudat à la surface des cryptes amygdaliennes. Dans tous les cas la marche de la température, la violence de l'infection générale, l'existence de l'éruption cutanée sont autant de signes qui permettraient de faire le diagnostic.

L'urticaire guttural marche d'une façon rapide ; il alterne habituellement avec les troubles gastro-intestinaux ou des éruptions similaires de la peau ; il se développe surtout après l'ingestion de certains aliments (poissons, crustacés, coquillages, fraises, cerises, moules, etc.) ou des excès.

Traitement. — Les gargarismes alcalins, les inhalations chaudes, l'antisepsie intestinale avec le salol, le sulfate de quinine, le benzoate de soude de benjoin, voire même le salicylate de soude, la diète lactée sont autant de moyens qui favorisent la guérison rapide de l'infection qui du reste cède d'elle-même avec quelques précautions hygiéniques.

FOLLICULITE OU TONSILLITE AIGUE (ANGINE PULTACÉE)

Définition. — On désigne sous ce nom une inflammation diffuse de l'arrière-gorge, caractérisée par de la rougeur, du gonflement et un enduit blanchâtre discret ou confluent, occupant la région amygdalienne.

Étiologie. — L'inflammation aiguë de l'arrière-gorge est ordinairement plus fréquente chez l'enfant, l'adolescent et d'une façon générale dans la première période de la vie. Elle est au contraire beaucoup plus rare chez le vieillard, par suite de la disparition presque totale du tissu lymphoïde à partir d'un certain âge. La conformation de certaines amygdales et des attaques antérieures, rendent les malades plus aptes à contracter des poussées

ultérieures. La cause la plus banale est le refroidissement, soit qu'il agisse directement au niveau de la gorge, soit à distance (froid aux pieds, à la tête, etc.). Certains traumatismes de la muqueuse nasale (Ruault, Moure), tels que des cautérisations galvaniques faites dans les fosses nasales ou sur l'amygdale linguale; des ponctions du sinus maxillaire peuvent amener une poussée d'inflammation aiguë de l'arrière-gorge.

Les influences climatériques, les saisons, jouent également un rôle dans cette étiologie. Il faut reconnaître aussi que certaines dispositions anatomiques de l'arrière-gorge prédisposent aux inflammations aiguës de cette région, ainsi que les obstructions nasales, les adénoïdites nasopharyngiennes et les suppurations des cavités accessoires du nez.

Citons enfin en terminant l'influence d'une infection générale (angines symptomatiques) ayant servi de porte d'entrée à l'infection (Ch. Bouchard). Toutes les fois que le rôle phagocytaire du tissu lymphoïde qui tapisse l'entrée des voies digestives et aériennes est troublé, les agents microbiens qui vivent normalement dans cette région pullulent alors rapidement et se reproduisent d'autant mieux qu'ils trouvent un milieu plus favorable à leur culture; alors, suivant qu'ils s'arrêtent à la surface ou qu'ils pénètrent dans la profondeur des tissus, l'inflammation est superficielle ou profonde.

Symptomes. Marche. — L'angine aiguë se traduit habituellement au début, par une série de troubles généraux tels que frissons, céphalée, courbature et malaise général, fièvre légère parfois, mais le plus souvent assez notable, pouvant aller jusqu'à 39 et même 40° si l'inflammation amygdalienne est un peu intense. Cette poussée fébrile est ordinairement éphémère, se reproduisant dans quelques cas à vingt-quatre heures d'intervalle mais le dernier accès est généralement moins violent que le premier.

Puis, très rapidement, le malade éprouve d'abord un peu de gêne, soit d'un côté, soit dans toute la gorge, suivant que l'inflammation est localisée ou diffuse. Cette gêne ne tarde pas à devenir une véritable douleur rendant la déglutition pénible et

difficile. Tout mouvement de la langue la réveille, elle peut même se répercuter jusque dans l'oreille du côté atteint. Chez les enfants, les mouvements de la tête et du cou sont difficiles, souvent il existe de l'adénite sous-maxillaire ou cervicale douloureuse, et même un véritable torticolis; la voix devient nasonnée, empâtée, amygdalienne; la langue est saburrale, l'appétit médiocre, le malaise général et l'abattement persistent.

A l'examen de la gorge, on constate au début une simple rougeur diffuse, occupant surtout les amygdales, souvent même la luette.

La rougeur et le gonflement sont le premier stade de l'infection, car dès le deuxième jour on voit apparaître au niveau des orifices cryptiques amygdaliens tuméfiés et augmentés de volume, un enduit blanchâtre généralement discret, entouré d'exsudats pultacés, ne recouvrant pas la glande d'une façon continue, mais formant à sa surface une sorte de pointillé grisâtre sale entre lequel la muqueuse apparaît rouge et enflammée. Si l'inflammation a gagné les parois latérales des piliers et même l'orifice des trompes, on peut observer des douleurs d'oreilles, de la surdité et des bourdonnements [1].

Vers le quatrième ou le cinquième jour, les symptômes fonctionnels diminuent, la déglutition devient plus facile, très rapidement les phénomènes locaux disparaissent, l'arrière-gorge se déterge et si les deux côtés ont été pris en même temps, tout rentre rapidement dans l'ordre. Il n'est pas rare cependant de voir l'affection débuter d'un côté d'abord, puis deux ou trois jours plus tard, atteindre l'autre; dans ces cas, il survient alors une nouvelle poussée fébrile, un peu moins intense que la première, mais pouvant être, surtout chez les enfants, extrêmement violente.

La guérison est la règle; toutefois, il n'est pas rare, en particulier chez les jeunes sujets, de voir les amygdales conserver après chaque atteinte un volume un peu plus considérable, ou devenir le siège d'une inflammation chronique de forme variée.

[1] Voir *Manuel des Fosses Nasales*, 2e édition, Paris, 1893. Chapitre Adénoïdites.

Complications. — Les complications habituelles sont les abcès amygaliens, les adénites chroniques ou suppurées, les arthrites légères (Sallard), les néphrites (Ch. Bouchard et Landouzy); les endocardites (Fränkel, etc.); les périchondrites, les otites (Joal); en un mot toute la série des infections à distance.

Les paralysies du voile du palais ne sont pas très rares après un simple angine diffuse un peu sévère; peut-être s'agit-il dans ces cas d'angines infectieuses, diphtéritiques même, sans fausses membranes, et cependant l'examen bactériologique que j'ai eu l'occasion de pratiquer un certain nombre de fois dans des cas analogues, n'a révélé à l'ensemencement que l'existence de streptocoques et de diplocoques [1].

Pronostic. — Sauf dans des cas très rares, le pronostic de l'affection est bénin.

Diagnostic. — Il est presque toujours facile. Dans l'angine scarlatineuse le gonflement des glandes amygdaliennes est généralement bilatéral d'emblée, le fond de la gorge et le voile du palais sont d'un rouge vif, lisse et uni sans infiltration œdémateuse vraie. Les amygdales se recouvrent souvent d'enduit blanchâtre pultacé que les badigeonnages au chlorure de zinc ne parviennent pas à enlever. La durée de l'angine est plus longue, la bouche, la langue, les lèvres mêmes conservent pendant plusieurs jours la rougeur carminée lisse et sèche tout à fait caractéristique.

La marche de la fièvre et la durée de la maladie ne permettent guère une longue hésitation, sans parler de l'éruption cutanée que l'on retrouve presque toujours sur quelques points du corps (mains, pieds, bras, face interne des cuisses).

L'angine herpétique pourrait être confondue avec la folliculite, et je crois même que cette confusion est faite assez souvent dans la pratique, sans grand préjudice pour le malade du reste. Toutefois nous verrons plus loin qu'il existe des traits distinctifs qui permettent de reconnaître chacune de ces deux infections.

[1] On sait du reste que l'ensemencement produirait-il des cultures du bacille de Loeffler, qu'il faudrait pour affirmer l'existence de la diphtérie *dans ces cas*, faire des inoculations et reproduire l'affection diphtéritique.

TRAITEMENT. — Suivant l'âge des malades, on peut administrer au début de l'aconit sous forme de teinture, ou bien de la quinine en cachets ou injections hypodermiques; quelquefois même une purgation saline produit un assez bon résultat.

Localement, j'ai l'habitude de prescrire, dans les formes douloureuses, des fumigations faites trois ou quatre fois par jour, pendant cinq à dix minutes, soit avec des plantes aromatiques (30 grammes dans un litre d'eau additionné chaque fois d'une cuillerée à café de teinture d'eucalyptus). Les bains de gorge émollients, *alcalins de préférence* produisent également un excellent résultat. Je recommande volontiers la formule suivante :

Gargarisme avec :

Borate de soude . . . . }	ââ 4 grammes
Benzoate de soude (de benjoin) . . }	
Alcool de menthe	5 »
Glycérine pure.	50 »
Décoction d'orge et de feuilles de coca.	450 »

Ce gargarisme sera coupé avec deux tiers d'eau de guimauve chaude et employé en bain de gorge toutes les heures ou toutes les deux heures, suivant l'étendue et l'intensité de la phlegmasie. Le régime général devra être doux, composé d'œufs et de laitage pendant les trois ou quatre premiers jours.

Enfin, si l'on assiste au début de l'infection ou même à la période confirmée, il sera bon de faire directement sur l'amygdale atteinte, un badigeonnage avec une solution de chlorure de zinc au 1/30 ou 1/20. J'ai l'habitude d'employer la formule suivante :

Solution avec :

Chlorure de zinc.	1 gramme
Acide chlorhydrique	1/2 goutte
Chlorhydrate de cocaïne	10 à 20 centigrammes
Glycérine	5 grammes
Eau distillée	20 à 30 grammes

Ce badigeonnage ne devra être fait *qu'une seule fois* tout à fait au début; cependant on pourra, au besoin, recommencer cette

application quarante-huit heures après la première, si l'affection n'a pas cédé, mais il sera inutile de la continuer plus longtemps.

On peut encore employer pour attouchements des parties enflammées, un collutoire composé comme suit :

Borate de soude	4 grammes
Chlorhydrate de cocaïne	15 à 20 centigrammes
Glycérine pure	15 grammes

Ce dernier a sur les collutoires au miel Rosat ou sirop de mûre et autres, l'avantage d'être antiseptique, édulcoré et cependant de ne pas contenir de sucre qui est toujours nuisible en pareil cas.

Lorsque les ganglions sous-maxillaires ou cervicaux sont très douloureux et s'il y a du torticolis (angine des enfants) une légère application de teinture d'iode, des cataplasmes chauds ou de la ouate *loco dolenti* produisent d'excellents résultats.

ANGINE HERPÉTIQUE

Définition. — On désigne sous le nom d'angine herpétique une inflammation aiguë de l'arrière-gorge caractérisée par une poussée de vésicules herpétiques plus ou moins disséminés sur cette région.

Étiologie. — Les causes habituelles de l'affection sont assez difficiles à déterminer. Nous pensons que la prédisposition du sujet constitue le principal élément pathogénique. C'est en somme une fièvre herpétique à localisation gutturale quelquefois même un véritable zona de l'arrière-gorge (Lermoyez, Escat).

L'apparition d'une première poussée d'herpès prédispose très manifestement à des atteintes ultérieures. Cette angine est surtout fréquente dans l'adolescence et l'âge adulte.

Symptomes — Le début est habituellement brusque. Comme dans l'angine catarrhale aiguë, la fièvre monte très rapidement à 39,5, 40° et même au delà. Il existe des frissons, de la courba-

ture, de l'anoréxie, alors qu'à l'arrière-gorge on constate à peine une très légère rougeur. Puis, vingt-quatre ou trente-six heures après les troubles de la déglutition augmentent d'une façon considérable, au point que le malade ne peut avaler ni solides ni liquides.

Si on pratique alors l'examen de l'arrière-gorge, on aperçoit les amygdales rouges, tuméfiées, ainsi que les piliers, le voile du palais et la paroi pharyngienne; puis on voit sur ces différents points une série de vésicules disséminées par groupe, ou discrètes le plus souvent. Elles occupent la luette, les piliers, la paroi pharyngienne, la base de la langue et même l'épiglotte. Très souvent aussi on les observe sur les lèvres où elles se crèvent rapidement, laissant après elles une petite croûte jaune brunâtre caractéristique de l'affection. Chaque vésicule a environ la dimension d'un petit grain de chénevis, elle est remplie d'abord d'un liquide transparent ou à peine louche. En l'espace de quelques heures, la vésicule se rompt, laissant après elle une petite surface arrondie, d'aspect grisâtre, entourée d'un liséré inflammatoire surtout très apparent au niveau du voile, des piliers beaucoup plus que sur les amygdales ou la vésicule se confond souvent ave l'enduit blanchâtre pultacé qui recouvre ces glandes.

L'éruption se fait soit en une fois, soit au contraire parpoussées successives, accompagnées d'un nouvel accès de fièvre. L'adénopathie est habituellement très peu marquée. Ce qui domine surtout la symptomatologie fonctionnelle, c'est la douleur intense à la déglutition; cette dernière est d'autant plus considérable que l'éruption est plus diffuse et siège plus bas dans la gorge, c'est-à-dire au niveau de l'épiglotte ou de l'amygdale linguale qui n'est généralement pas épargnée.

Marche. Durée. Terminaison. — La maladie dure habituellement entre quatre et six jours. Si l'affection s'établit par poussées, fait beaucoup plus rare; la durée peut atteindre douze à quinze jours. Les complications sont rares, la seule réellement grave, est l'inoculation de la diphtérie sur des points ulcérés, et l'infection secondaire qui pourrait en être la conséquence.

Pronostic. — Le pronostic est bénin en général, avec cette réserve qu'une première atteinte pédispose, comme je l'ai dit plus haut, à des rechutes ultérieures.

Diagnostic. — Le diagnostic peut présenter dans quelques cas de réelles difficultés. Au début on pourrait confondre l'angine herpétique avec une simple amygdalite aiguë, un érysipèle du pharynx, une angine rhumatismale ou scarlatineuse, mais la confusion ne pourrait guère être faite pendant plus de vingt-quatre heures, puisque à ce moment l'apparition des vésicules viendrait lever tous les doutes. Le seul diagnostic réellement délicat est celui de l'angine herpétique et diphtérique, à la période où existent des fausses membranes. Toutefois nous pensons que le début brusque des accidents, la fièvre très élevée, l'existence de vésicules herpétiques sur certains points du voile, sur les lèvres, le pharynx, la base de la langue ou le larynx permettront souvent de poser le diagnostic. De plus les symptômes fonctionnels sont généralement beaucoup plus accusés dans l'angine herpétique que dans la diphtérie. La dysphagie, très intense dans la première, est moins considérable dans l'angine pseudo-membraneuse, de même que l'adénopathie est plus prononcée dans cette dernière que dans l'herpès de l'arrière-gorge.

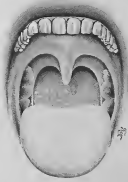


Fig. 4. — Aspect des vésicules herpétiques sur la paroi pharyngienne.

Par contre, si la diphtérie venait à se greffer sur une angine herpétique on verrait alors les symptômes généraux s'aggraver,

la fièvre devenir persistante au lieu d'être éphémère, en un mot tout le cortège de l'angine diphtéritique s'établir à son tour. Dans le doute on devra se comporter comme s'il agissait de diphtérie, surtout si l'examen bactériologique était positif, c'est-à-dire faisait reconnaître l'existence des bacilles de Loeffler.

Le zona pharyngé sur lequel Herzog, Ollivier, Lermoyez, Escat, et quelques autres auteurs ont appelé l'attention, se distingue de l'angine herpétique ordinaire, en ce sens qu'il s'installe habituellement sans fracas, sans phénomènes généraux, les douleurs ressemblant plutôt à celles d'une névralgie intense. Toutefois il peut être caractérisé par une sensation de brûlure, surtout exagérée par le contact des aliments. La douleur diminuerait habituellement d'après Lermoyez, au moment où apparaîtraient les vésicules.

La distribution généralement unilatérale du zona buccopharyngien sur le territoire innervé par le nerf maxillaire supérieur constituerait un élément de diagnostic important ; la durée de cette affection est plus longue que celle de l'angine herpétique ordinaire, puisqu'on l'a vue se prolonger pendant quinze à vingt jours. Enfin les malades atteints une première fois de ce zona seraient à l'abri des récidives.

Traitement. — Un purgatif alcalin, du sulfate ou du bromhydrate de quinine, avec ou sans antipyrine, suivant les cas, pourront agir efficacement contre l'infection générale. Localement on prescrira des gargarismes alcalins borax, bromure (voir angine aiguë), des lavages de l'arrière-gorge avec une solution d'eau boratée ou chloratée, en un mot la propreté de l'arrière-gorge. Au besoin on touchera les parties malades avec de la glycérine boratée, ou la formule suivante :

Solution avec :

Phénate de soude.	1 gramme
Résorcine.	0,50 centigrammes
Glycérine neutre	50 grammes

Toucher le fond de la gorge une ou deux fois par jour, légèrement, au niveau du point enflammé.

Un traitement général tonique conviendra pour tâcher de mettre le malade dans de meilleures conditions de résistance et prévenir les récidives.

AMYGDALITE LACUNAIRE ULCÉREUSE AIGUE

Définition. — Je crois avoir été le premier à décrire sous ce nom une forme spéciale d'amygdalite caractérisée par l'existence de vastes cratères ulcéreux évoluant à la manière d'une affection aiguë sur le tissu amygdalien lui-même.

Étiologie. Pathogénie. — L'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë, paraît être plus fréquente à certaines époques de l'année; il semble en effet qu'on la rencontre de préférence, soit au commencement du printemps, soit à l'automne. Quelquefois elle existe presque à l'état épidémique, tellement les faits observés sont nombreux. Cette affection atteint surtout les adolescents et les adultes; elle semble être beaucoup plus rare chez les enfants et chez les adultes au-dessus de quarante ans[1]. C'est surtout chez les sujets un peu débilités ou fatigués à et la suite d'un refroidissement léger, qu'on voit apparaître la maladie. Je l'ai fréquemment rencontrée chez des étudiants en médecine.

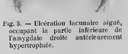


Fig. 5. — Ulcération lacunaire aiguë, occupant la partie inférieure de l'amygdale droite antérieurement hypertrophiée.

[1] Cette rareté relative à partir de cet âge s'explique assez facilement par la transformation fibreuse du tissu amygdalien à cette période de la vie.

Il n'est pas douteux que la disposition lacunaire de l'amygdale, la profondeur des cryptes, leurs orifices peu considérables et l'existence d'une amygdalite caséeuse constituent des causes prédisposantes de premier ordre. Il est infiniment probable que le processus ulcéreux que nous allons décrire doit être d'origine microbienne, cependant les bacilles trouvés soit à l'ensemencement direct, soit par la culture, ont un peu varié suivant les cas; c'est ainsi que l'on a trouvé assez souvent des streptocoques, des pneumocoques, quelquefois des staphylocoques, des bacilles fusiformes, des spirilles et un bacille long et grêle sur la nature duquel nous sommes encore très peu fixés[1].

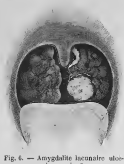


Fig. 6. — Amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë.

Il existait dans ce cas deux ulcères sur la même amygdale (gauche), un à la partie supérieure (vu de profil), l'autre dans la région inférieure (vu de face).

Ainsi donc, bien que nous admettions la nature microbienne de l'ulcération, nous pensons qu'il faut surtout en rechercher la cause dans l'inflammation aiguë des cryptes elles-mêmes, dont les produits de desquamation ne peuvent s'éliminer au dehors, soit par obturation de l'orifice, soit par surdilatation d'une ou plusieurs lacunes. C'est de la rupture de ces cryptes que provient la cavité anfractueuse remplie de détritus épidermiques et de follicules déformés que l'on observe dans ces cas[2]. Ainsi s'explique aussi l'aspect de la perte de sub-

[1] La plupart de ces examens bactériologiques ont été faits simultanément par MM. les Drs Brindel et Liaras, qui ont bien voulu chaque fois noter le résultat de leurs recherches à ce sujet.

[2] J'ai pu voir à la clinique et montrer l'évolution du processus ulcéreux tel que je viens de le décrire, c'est-à-dire assister à la rupture de la poche d'une amygdalite lacunaire enkystée et à l'apparition de l'ulcération consécutive.

stance, ses bords frangés et le peu d'appareil symptomatique qui en est la conséquence.

Symptomes. — Le début de l'affection, quelquefois fébrile, est la plupart du temps insidieux, ayant en quelque sorte passé inaperçu, lorsque le malade commence à éprouver un peu de gêne ou de douleur à la déglutition. Cette douleur localisée au niveau de l'amygdale se répercute souvent à l'oreille du côté malade. La lésion buccale consiste en une ulcération d'aspect grisâtre, recouverte de macma caséeux très facile à enlever avec le porte ouate, laissant à nu une surface sanieuse, rougeâtre, anfractueuse formée de petites fongosités. Les bords de l'ulcère sont nets, sans rougeur bien prononcée; ils ne sont pas infiltrés, mais ils saignent assez facilement. Ils sont taillés à pic, tout comme si on avait enlevé une partie de l'amygdale avec la pince emporte-pièce. L'ulcération ressemble également à l'escarre faite avec le thermo-cautère au moment où elle va se détacher. Le pourtour de la perte de substance n'est nullement enflammé, l'amygdale n'est pas augmentée de volume ; en un mot, il semble que l'ulcère ait été placé presque en plein tissu d'une amygdale normale. On observe parfois deux ulcères, l'un supérieur, l'autre inférieur séparés par une couche de tissu sain. Les piliers sont habituellement intacts, nullement recouverts d'exsudats, toute la lésion portant sur le tissu lymphoïde lui-même, pouvant aller jusqu'au fond de la loge amygdalienne dans quelques cas, tant la destruction est profonde

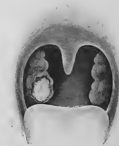


Fig. 7. — Amygdalite lacunaire ulcéreuse occupant l'amygdale droite.

La langue est saburale, l'haleine un peu forte, sans être cepen-

dant franchement fétide. Les ganglions ne sont généralement pas tuméfiés ou, dans tous les cas, ils sont peu engorgés et légèrement douloureux; *la muqueuse buccale est intacte.*

Anatomie pathologique. — Les recherches anatomo-histologiques de la lésion qui m'ont permis de mettre au point cette infection spéciale de l'amygdale, ont été faites par mon aide de clinique, le Dr Brindel. Voici brièvement résumés, les résultats de ses nombreuses et intéressantes recherches :

Il y a lieu de décrire deux étapes dans cette affection : 1° La lésion à la période préulcéreuse ; 2° L'ulcération.

A la période préulcéreuse, on se trouve en présence d'une amygdalite lacunaire enkystée *latente* ou en *voie d'ulcération*.

I. Latente, l'amygdalite lacunaire passe facilement inaperçue (Voir page 84).

Des coupes pratiquées perpendiculairement à la surface de ces kystes permettent de reconnaître que le tissu amygdalien ambiant est normalement constitué ; que la paroi qui l'environne, très mince d'ailleurs, est limitée à sa face interne par un épithélium pavimenteux à une ou deux rangées de cellules seulement ; enfin que le contenu est composé de substance hyaline prenant mal le colorant, de cellules épithéliales ayant perdu leur noyau et de quelques globules blancs vivement colorés par le carmin.

Les colorations par le Gram aussi bien que les ensemencements, ne donnent à cette période aucun résultat : on peut considérer le *contenu de ces kystes comme stérile*.

L'amygdalite lacunaire enkystée qui va s'ulcérer occasionne une légère douleur et se présente sous la forme d'une petite bosselure blanchâtre surmontant l'amygdale, mais entourée cette fois d'un petit liséré rouge qui traduit extérieurement l'inflammation du kyste.

Examiné à cette période, c'est-à-dire la veille ou l'avant-veille du jour ou l'ulcération se constitue, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte sur des kystes laissés comme témoins sur la même amygdale ou sur l'autre glande chez le même sujet, le kyste lacunaire offre les caractères suivants :

La mince paroi épithéliale qui circonscrit le kyste est déchiquetée par places. Le contenu est formé de caséum dans lequel on reconnaît à peine les cellules épithéliales dégénérées, de rares globules blancs. Aux points correspondants à la destruction de l'épithélium le tissu amygdalien de voisinage a subi des modifications importantes ; il présente des îlots nécrosiques environnés de tissu inflammatoire (cellules à noyau fortement coloré pressées les unes contre les autres). Les vaisseaux sont très dilatés et il n'est plus possible de reconnaître les follicules clos.

Des colorations par le Gram permettent de voir sur le caséum, au sein de l'épithélium et du tissu amygdalien enflammé avoisinant, de nombreux streptocoques et staphylocoques.

Un degré de plus et l'ulcération est constituée.

Sectionnée transversalement, l'ulcération se présente au microscope sous la forme d'une encoche au milieu de laquelle l'épithélium amygdalien manque totalement.

Les lésions sont identiques à celles que nous venons de décrire, mais elles sont plus accentuées.

L'échancrure, bordée à ses extrémités par un épithélium en voie de désorganisation, est limitée dans sa profondeur par du tissu amygdalien nécrosé. Même à un fort grossissement on ne peut y reconnaître de formes cellulaires. Cette substance paraît composée par une infinité de petites granulations très faiblement colorées en rose au milieu desquelles apparaît de-ci de-là un noyau fortement coloré par le carmin.

Elle offre par places des prolongements vers le tissu amygdalien profond, c'est-à-dire sous-jacent.

Celui-ci diffère du tissu amygdalien normal par trois caractères principaux ; il y a accumulation de cellules rondes (tissu inflammatoire) ; les follicules clos n'y sont plus reconnaissables ; les vaisseaux qui y sont inclus sont fortement dilatés et très nombreux. A la périphérie de la coupe, c'est-à-dire aux extrémités du rayon dont l'ulcération constituerait le centre, le tissu de l'amygdale a récupéré ses caractères normaux.

L'examen bactériologique pratiqué quatorze fois à des époques

variées, après le début de l'ulcération. Premier jour (3 fois); troisième jour (3 fois); cinquième jour (2 fois); huitième jour (5 fois); vingt-cinquième jour (1 fois), a permis de conclure que cette affection n'a pas de microbe spécifique. Elle peut être engendrée par les micrococques divers, les diplococques, les streptococques, les bacilles fusiformes, d'autres bacilles indéterminés. Une fois créée elle devient un milieu de culture excellent pour une foule de bactéries.

Marche. Durée. Terminaison. — Ces ulcérations évoluent généralement comme le ferait une cautérisation thermique de l'amygdale; si l'ulcère est unique il a ordinairement des dimensions assez grandes (pièce de 50 centimes). Après avoir duré quatre ou cinq jours, on le voit peu à peu se cicatriser sur les bords et dans le fond, puis laisser à sa place une vaste cicatrice anfractueuse résultant de la nécrobiose locale qui a atteint les tissus ainsi infectés. J'ai vu dans quelques cas le centre de l'amygdale disparaître presque tout entier comme si on l'avait enlevé par morcellement. Il s'agit donc en somme d'une lésion gangréneuse locale bénigne, éphémère, évoluant en l'espace de quelques jours. Les récidives ne sont pas la règle, cependant j'ai vu la plaie débuter par une amygdale, puis atteindre successivement le côté opposé, ou bien, sur des glandes volumineuses, guérir dans un point pour se produire sur une autre partie, à une certaine distance de la première lésion.

Diagnostic. — Le diagnostic semble devoir être très simple au premier aspect; on ne saurait en effet confondre cette ulcération avec la tuberculose aiguë des amygdales, cette lésion n'offrant aucun point de ressemblance ni dans son aspect, sa symptomatologie fonctionnelle, ni dans sa marche avec l'affection qui nous occupe (Voir page 92).

La tuberculose chronique (lupus) ne se cantonne jamais à un point précis du tissu amygdalien; les bords de l'ulcération sont toujours rouges, infiltrés, se perdant peu à peu dans le tissu sain. La perte de substance n'est pas très profonde, elle est en outre

recouverte de petits bourgeons rosés. Enfin la marche du lupus se fait par poussées successives, sa durée est toujours longue.

Quant aux tumeurs malignes (cancroïdes, épithéliomas, etc.) elles offrent des caractères tellement nets qu'il ne saurait être question d'un diagnostic différentiel entre ces deux sortes de lésions. Le chancre lui-même ne ressemble que de très loin à l'amygdalite lacunaire ulcéreuse. Les signes d'infection locale sont alors très nets, l'amygdale est si tuméfiée dans son ensemble, les ganglions sont tellement engorgés, ayant ici tous leurs caractères spéciaux, qu'il est bien difficile de faire une erreur de diagnostic. Du reste la marche ultérieure de l'affection viendrait bientôt élucider le problème dans le cas où l'on aurait eu des doutes au début.

Les plaques muqueuses, même chez les fumeurs, sont plus superficielles, plus diffuses et plus tenaces que l'ulcère simple.

Par contre les gommes ulcérées par leur aspect bourbillonneux, laissant au-dessous une surface sanieuse, rougeâtre, fongueuse, pourraient en imposer au début pour une ulcération lacunaire, mais outre que l'ulcère tertiaire est souvent multiple il n'est pas régulier dans sa forme, ses bords sont rouges et infiltrés, il envahit indistinctement et même on peut dire, de préférence, les piliers, la paroi postérieure du pharynx et il s'étend aussi en profondeur et en largeur, si le traitement spécifique ne vient l'enrayer dans sa marche. Ce serait donc au début seulement que l'erreur serait permise ; plus tard, l'évolution de la maladie et les synéchies cicatricielles caractéristiques ne permettraient pas la confusion entre ces deux sortes de lésions.

Seule, l'amygdalite ulcéro-membraneuse pourrait en imposer pour l'affection que je viens de décrire ; cependant, je crois qu'il est actuellement possible de faire le diagnostic différentiel entre ces deux sortes d'infections qui offrent, j'en conviens, au premier aspect, plusieurs traits de ressemblances. Nous verrons, en décrivant cette forme particulière d'ulcération amygdalienne, à quels caractères distinctifs on peut reconnaître l'une et l'autre de ces deux amygdalites.

PRONOSTIC. — Il est bénin, car j'ai toujours vu les malades guérir assez rapidement sous l'influence d'un traitement bien appliqué et bien suivi.

TRAITEMENT. — Il me paraît devoir être surtout antiseptique ; à ce titre je pense qu'il est important de bien nettoyer la surface malade et de la déterger complètement des produits sphacélés qu'elle contient. Pour cela je recommande d'abord de faire un écouvillonnage sérieux avec le porte-ouate garni d'une solution de chlorure de zinc au 1/20e ou au 1/30e qui pourra être formulée de la façon suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.	25 centigrammes
Chlorure de zinc	1 gramme
Acide chlorhydrique.	1/2 goutte
Glycérine pure	10 grammes
Eau distillée	10 à 20 grammes

Sous l'influence de ce badigeonnage le fond de l'ulcère est mis à nu, jusqu'au moment où il devient saignant ; puis le malade est soumis à un gargarisme (bain de gorge), alcalin de préférence, ou même si on le désire, à des lavages de l'arrière-gorge, répétés plusieurs fois par jour. Ces derniers sont faits soit avec une seringue, soit sous la forme de bain de gorge. Les solutions boratées ne paraissent parfaitement convenir dans ces cas, c'est ainsi qu'on peut prescrire soit pour gargarismes, soit pour lavages, la solution suivante :

Solution avec :

Borate de soude . . . . . . } Benzoate de soude d'acide } benzoïque de benjoin). . . }	ââ 6 grammes
Teinture d'Eucalyptus	10 »
Glycérine neutre	150 »

Mettre une cuillerée à café de ce liquide dans un verre d'eau tiède et l'employer en lavages plusieurs fois par jour.

Si l'ulcère ne se déterge rapidement, on peut, après quarante-huit heures, faire un nouveau badigeonnage au chlorure de

zinc; toutefois il suffit généralement d'un seul pour voir l'affection s'améliorer et disparaître rapidement.

Quelques lavages à l'eau oxygénée ou boro-oxygénée mitigée avec 3/4 ou 2/3 d'eau bouillie constituent également un bon antiseptique dans les formes ulcéreuses multiples.

Une hygiène générale tonique, une alimentation douce, alcaline de préférence (lait, œufs, eau de Vichy à l'intérieur) devront constituer la base du traitement. Si le malade est fumeur il devra s'abstenir de fumer jusqu'à guérison définitive. Cette dernière ne se fera généralement pas attendre longtemps, si le traitement est régulièrement et scrupuleusement exécuté par le malade.

ANGINE ULCÉRO-MEMBRANEUSE

Définition. — On désigne sous ce nom une inflammation spéciale de l'arrière-gorge, offrant par son allure clinique et bactériologique tous les signes de la stomatite de même nom avec laquelle on peut l'identifier d'une façon absolue. Successivement appelée amygdalite chancriforme (Raoult, Thiry), angine de Vincent à bacilles fusiformes et spirilles. Cette forme particulière d'inflammation de l'arrière-gorge, bien étudiée autrefois par Bergeron dans le dictionnaire de Dechambre, a surtout été décrite durant ces dernières années, dans les travaux de Vincent, Lacoarret, Raoult et Thiry et Brindel [1].

Étiologie. — Assez fréquente de dix-huit à trente ans et dans le sexe masculin, l'affection paraît être moins rare chez les enfants qu'on ne l'avait supposé. On l'observe surtout chez les sujets débilités ou déprimés par un surmenage physique ou intellectuel, chez des étudiants en médecine, ou des sujets exposés à des

[1] Toutefois il faut reconnaître que certains auteurs modernes ont créé une singulière confusion entre les différents types d'amygdalite ulcéreuse primitive. C'est ainsi que sous le nom d'angine de Vincent on a englobé non seulement l'amygdalite ulcéro-membraneuse, mais certaines formes d'angine diphtéroïde, et l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë, qui a fait l'objet du précédent chapitre.

infections. Elle apparaît aussi au moment de l'évolution de la dent de sagesse. Son étiologie se confond du reste avec celle de stomatite de même nom, dont elle est assez souvent la propagation.

Symptomatologie. — L'amygdalite ulcéro-membraneuse peut exister soit en même temps que la stomatite, soit d'une manière isolée. Dans la majorité des cas, le début est marqué par un peu de fièvre, par une sorte de fatigue générale, d'inappétence, bientôt suivie d'une sensation de gêne plutôt qu'une véritable douleur à l'arrière-gorge.

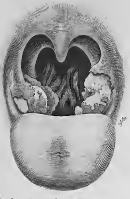


Fig. 8. — Aspect des amygdales et des piliers dans un cas d'amygdalite ulcéro-membraneuse (Moure).

A cette période, l'examen direct démontre l'existence de fausses membranes d'un aspect blanchâtre ou d'un blanc grisâtre, légèrement saillantes sur leurs bords très bien limitées et entourées d'une petite zone d'inflammation, c'est-à-dire d'un peu de tuméfaction. Les parties voisines sont rouges et enflammées. Cette fausse membrane d'aspect pulpeux ne se dissocie pas dans l'eau, elle laisse au-dessous d'elle une surface érodée, saignant facilement. Elle *occupe non seulement l'amygdale, mais une partie du pilier antérieur ou postérieur*. Elle peut même gagner le voile et la luette. Dès cette période, les ganglions sous-maxillaires ou angulo-maxillaires sont tuméfiés, sans être cependant bien sensibles, c'est la première période de l'affection.

Si l'infection locale continue à évoluer, la fausse membrane envahit la profondeur du tissu sous-jacent et creuse peu à peu

dans l'amygdale formant ainsi une ulcération plus ou moins large et diffuse, à bords irréguliers souvent taillés en biseau ; le fond de l'ulcère est lui-même recouvert d'un enduit pseudo-membraneux d'un gris roussâtre laissant au-dessous de lui, lorsqu'on l'enlève, de petits bourgeons rouges, irréguliers, saignant facilement. La fausse membrane enlevée se reproduit en général avec assez de rapidité ; il s'agit en somme *d'une véritable mortification allant de la surface vers la profondeur*. L'amygdale ainsi infectée est tout entière enflammée ainsi que le voile et les piliers qui bordent la lésion, sans qu'il existe sur les parties périphériques de véritable infiltration.

A cette période, l'haleine est fétide, la tuméfaction ganglionnaire est assez considérable et douloureuse au toucher ; il existe peu ou pas de fièvre à proprement parler ; dans tous les cas la température n'est pas en rapport avec les symptômes locaux et généraux. A cette période aussi les malades se sentent plutôt fatigués, comme infectés, n'ayant aucune espèce de goût pour le travail, avalant avec difficulté, surtout lorsque les deux amygdales sont profondément et largement atteintes.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche de l'affection est souvent assez lente. C'est ainsi que chez certains sujets dont la bouche est profondément ulcérée ou dont l'état général est très mauvais, elle peut se prolonger pendant plusieurs semaines et résister assez longtemps au traitement. Toutefois, d'une façon générale, la durée de la maladie oscille entre huit et quinze jours. Les récidives ne sont pas extrêmement rares, MM. Vincent et Raoult, disent les avoir observées plusieurs fois chez des malades qui s'étaient fatigués de nouveau.

La guérison est habituellement la règle, mais j'ai vu à la suite des formes sévères de cette infection la ou les amygdales se sphacéler presque complètement et tomber en détritus putrides, laissant à leur place une surface irrégulière, rosée, tout comme si on avait enlevé cette glande en la morcelant. Le même fait a été observé sur la luette et une portion du voile chez des enfants (Auché).

Pronostic. — Le pronostic est généralement bénin, cependant, chez quelques enfants, on a pu signaler des cas de morts. Il faut savoir si, dans ces cas, il ne s'agissait pas de véritable diphtérie ou d'amygdalites ulcéro-membraneuses accompagnées de stomatite de même nature, avec un état général profondément altéré par d'autres causes.

Anatomie pathologique. Bactériologie. — Les recherches bactériologiques surtout faites par Vincent, confirmées ensuite par les autres auteurs, démontrent d'une façon très manifeste, l'existence de nombreux bacilles fusiformes et presque constamment de spirilles associés à d'autres micro-organismes, tels que le streptocoque, le diplocoque, le coli-bacille, etc. ; en un mot cette sorte d'amygdalite est de tous points semblable par son aspect, son anatomie pathologique et sa bactériologie [1], à la stomatite ulcéro-membraneuse dont elle est simplement la forme amygdalienne

On voit du reste que cet amas de microbes est également celui de la pourriture d'hôpital, ainsi que tendent à le prouver les travaux des auteurs qui se sont occupés de la question.

Dans la plupart des cas que j'ai eu l'occasion de traiter on ne trouvait pas de bacilles diphtériques.

Diagnostic [2]. — Cette forme d'amygdalite ulcéro-membraneuse peut être et a souvent été confondue par les auteurs modernes, avec l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë dont j'ai parlé précédemment. On a vu cependant que la première naissait de la surface pour aller vers la profondeur, tandis que l'autre s'ouvrait au contraire de dedans en dehors.

La localisation exacte du processus ulcéreux au tissu amygdalien, dans l'amygdalite ulcéreuse, sera également un élément de

[1] Pour de plus amples détails sur la bactériologie de l'affection, nous renverrons au rapport de MM. Raoult et Brindel, sur les Ulcérations amygdaliennes. (Société française d'Otol. Laryngologie. Paris 1900.)

[2] Le Dr Lacoarret a dressé un tableau comparatif intéressant entre l'amygdalite et la stomatite ulcéro-membraneuse, auquel nous renvoyons les lecteurs que cette question pourrait intéresser (Voir *Rev. de Laryngol. Rhinol.*, p. 283, n° 10, 1899.)

diagnostic important, l'amygdalite ulcéro-membraneuse évoluant partie sur l'amygdale, partie sur les piliers ou le voile (voir fig. 8).

Dans l'amygdalite ulcéreuse, les régions adjacentes ne sont pas enflammées, tandis qu'il n'en est pas de même dans l'autre forme. Enfin, la coexistence d'ulcérations dans la bouche, sur les lèvres, les gencives, permettra de songer à l'angine ulcéro-membraneuse.

L'état général est habituellement moins infecté dans l'amygdalite ulcéreuse, cependant, nous avons vu parfois les sujets porteurs de l'affection, être profondément débilités. Il n'est pas douteux que dans les cas hybrides, les deux formes coïncidant, ce qui peut très bien se produire, le diagnostic pourra offrir certaines difficultés.

Traitement. — Etant donnée l'analogie de l'amygdalite et de la stomatite ulcéro-membraneuse, il convient de penser que le même traitement doit être appliqué à l'une et à l'autre. Dans ces conditions, il me semble que le traitement le plus rationnel est le chlorate de potasse intus et extra, traitement déjà préconisé autrefois par Bergeron. Cette médication peut être appliquée de deux manières soit sous la forme gargarismes chloratés, soit sous celle de comprimés de chlorate de potasse, que le malade laisse fondre dans sa bouche, faisant ainsi du même coup le gargarisme et l'absorption *du médicament spécifique*.

Il suffit, dans certains cas légers, de trois ou quatre jours de traitement par cette méthode, pour voir l'affection disparaître; toutefois, si l'on désire agir avec plus de rapidité il faut ajouter à cette médication l'emploi d'un régime tonique, non irritant, tel que l'alimentation avec du lait, des œufs et une eau alcaline (Vichy de préférence).

Quelques auteurs ont aussi conseillé les collutoires au bleu de méthylène (Lermoyez), au phénol sulforiciné (Ruault); je préfère le chlorate de potasse plus simple et plus facile à employer.

Le malade devra être placé dans un milieu sain, c'est-à-dire hors de l'hôpital, dans le cas où l'affection résisterait au traitement habituel, car le milieu hospitalier est, on le sait, très

défavorable à l'évolution et surtout à la guérison des lésions de ce genre.

La propreté de la bouche est également un point essentiel du traitement ; on arrivera facilement au but désiré en faisant plusieurs fois par jour dans la bouche, des injections avec une solution alcaline. Une cuillerée à café de borax ou de bicarbonate de soude par demi-litre d'eau tiède, légèrement parfumé avec de l'alcool de menthe ou tout autre substance aromatique, conviendra très bien à cet usage. J'avoue préférer les solutions alcalines aux solutions acides car elles s'adaptent mieux au milieu buccal alcalin lui-même. Ces injections seront faites de préférence avec l'injecteur Enema ordinaire qui a l'avantage, la poire étant pressée par le malade, d'avoir un jet interrompu, que l'on peut graduer, modérer ou arrêter à volonté. L'eau oxygénée ou mieux boro-oxygénée à 12 vol. coupée aux trois quarts d'eau bouillie constitue aussi un excellent antiseptique de la région bucco-amygdalienne, ainsi qu'une solution de Formol au 1/5000.

Un écouvillonnage du fond de la bouche avec une solution de chlorure de zinc au un vingtième, ou avec un collutoire boraté formulé par exemple comme suit :

Solution avec :

Borate de soude . . . . Benzoate de soude de benjoin . .	} àà 5 grammes
Eau stérilisée . . . . Glycérine pure.	} àà 15 —

pourra être mis en usage avec succès. Ce collutoire sera employé en attouchements sur les surfaces ulcérées pour les déterger, une fois tous les jours, sans faire de frottis trop intense, de manière à ne pas faire saigner les parties enflammées. Il n'est pas douteux que si les dents sont en mauvais état, il y a lieu de les soigner pour améliorer la situation des gencives ou de la gorge.

Ce qu'il convient surtout de rappeler en terminant c'est que le chlorate de potasse est un spécifique merveilleux dans ces cas, mais il doit être employé avec prudence pour ne pas devenir irritant.

B. ANGINE PSEUDO-MEMBRANEUSE NON DIPHTÉRITIQUE

DÉFINITION. — On désigne sous ce nom une forme d'inflammation de la gorge avec production de fausses membranes généralement très épaisses, ne contenant pas le bacille de Klebs-Loeffler.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — Connue depuis longtemps sous le nom d'angine couenneuse, cette forme d'inflammation spéciale de l'arrière-gorge est loin d'être rare; on peut dire que son étiologie est à peu près la même que celle des autres inflammations de cette région. Elle est la conséquence du froid sous toutes ses formes, de traumatismes chirurgicaux amygdaliens et à distance (fosses nasales), d'un mauvais état général, quelquefois même de la contagion.

Certaines de ces angines sont secondaires; on les observe rarement dans la variole, mais plutôt dans la rougeole et surtout la scarlatine, soit au début, soit de préférence pendant la convalescence, du vingtième au trentième jour. Toutefois, les angines scarlatineuses en particulier, bénignes au début, prennent dans la généralité des cas une allure très maligne évoluant à la façon des angines diphtériques ou ulcéro-membraneuses graves.

La bactériologie de ces angines est assez variée, on trouve indifféremment, seuls ou associés avec d'autres microbes, le streptocoque pyogène, le staphylocoque, le pneumocoque ou même le bactérium coli commun. On peut dire, d'après les examens bactériologiques faits jusqu'à ce jour, qu'il n'existe aucun microbe spécial de cette sorte d'inflammation.

SYMPTOMES. — L'angine diphtéroïde primitive ou secondaire, est généralement marquée au début par un frisson, de la fièvre, tout comme une simple amygdalite catarrhale; puis très rapidement on voit apparaître à la surface des amygdales un exsudat pseudo-membraneux d'aspect jaunâtre, couenneux et épais, qui envahit les piliers, le pharynx, le voile du palais et la luette qu'il enca-

puchonne. L'arrière-gorge disparaît alors derrière cette sorte de couenne presque translucide. A cette période de la maladie, si on essaie d'enlever l'exsudat, il vient parfois d'un seul bloc ; c'est ainsi qu'avec quelques précautions, on peut avoir un moule à peu près exact des amygdales, du voile du palais, y compris la luette. Au-dessous la muqueuse est rouge, enflammée, tuméfiée, mais non ulcérée ; il peut se faire qu'après leur ablation les fausses membranes se reforment, mais généralement elles sont beaucoup moins épaisses et moins étendues que la première fois.

Les symptômes locaux sont surtout la dysphagie, une douleur très légère, du nasonnement, quelquefois même du reflux des liquides par le nez, un peu de fétidité de l'haleine et de l'adénite sous-maxillaire, surtout chez les enfants. Ce symptôme est habituellement bien moins prononcé que dans la diphtérie vraie. De même l'état général se maintient d'ordinaire assez bon.

Chez les enfants à la mamelle, on a vu l'affection prendre rapidement un caractère grave, être accompagnée de jetage, de prostration, d'élévation de la température, tout comme dans une diphtérie maligne, et même se terminer par la mort.

Marche, Durée, Terminaison. — La marche de l'angine couenneuse simple, non diphtérique, est habituellement assez rapide. Les phénomènes fébriles tombent après 24 ou 48 heures. En l'espace de sept à huit jours, on voit l'évolution des fausses membranes se ralentir, puis l'arrière-gorge reprendre peu à peu son aspect normal. Il ne reste à la luette qu'une rougeur assez vive et une paresse plus ou moins considérable des muscles du voile ; quelquefois même de la parésie ou de la paralysie temporaire uni ou bilatérale.

Complications. — Il est rare de voir l'exsudat pseudo-membraneux dépasser l'arrière-gorge pour gagner le pharynx proprement dit, la base de la langue ou le larynx ; la face postérieure du voile est assez souvent atteinte, mais les fosses nasales sont ordinairement indemnes. On a vu dans quelques cas l'infiltration œdémateuse envahir les replis ary-épiglottiques, mais de toutes les complications la plus fréquente est certainement l'adéno-

phlegmon du cou ou l'abcès rétro-pharyngien. Je ne parlerai que pour mémoire des névrites, des arthralgies ou arthrites, du purpura, des paralysies à distance, de l'inflammation des grandes séreuses (plèvre, péricarde, péritoine) qui ne forment pas, à proprement parler, un groupe de complications spéciales à cette affection car on peut les voir apparaître dans toutes les inflammations infectieuses aiguës de l'arrière-gorge.

Diagnostic. — Le diagnostic de cette forme d'angine pseudo-membraneuse est habituellement facile ; il résulte d'abord de l'allure de la maladie, de l'aspect des fausses membranes qui sont quelquefois plus épaisses et beaucoup plus couenneuses que dans la diphtérie vraie. Enfin, dans un cas douteux, l'examen bactériologique permettrait de lever le dernier doute, puisque j'ai dit au début de ce chapitre qu'habituellement on ne trouve pas dans ces formes d'angines le bacille caractéristique de Klebs-Loeffler. Cette affection diffère de l'angine herpétique par l'existence même de l'exsudat membraneux, par l'absence de toute éruption vésiculaire et les autres symptômes généraux qui accompagnent cette forme d'inflammation de l'arrière-gorge. (Voir Angine herpétique, page 33.)

Traitement. — Le traitement local consistera surtout en asepsie de l'arrière-gorge, soit à l'aide de lavages alcalins au borate ou au bicarbonate de soude (une cuillerée à café de cette poudre par demi-litre d'eau tiède). Ces injections buccales seront faites plusieurs fois par jour ; on enlèvera la fausse membrane aussitôt qu'elle pourra être mobilisée et l'on touchera les parties atteintes avec un collutoire boraté que l'on pourra prescrire de la façon suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.	30 centigrammes.
Salycilate de soude	2 grammes.
Alcool de menthe	X gouttes.
Glycérine neutre	15 grammes.

A employer en badigeonnages sur les parties malades, une ou deux fois par jour, sans frotter.

Un traitement général tonique devra accompagner la médication locale aussitôt que les symptômes inflammatoires auront disparu. Pendant l'évolution de l'amygdalite elle-même, une alimentation douce, lait et œufs, devra être indiquée de préférence.

ANGINE DIPHTÉRITIQUE

On désigne ainsi une inflammation couenneuse de l'arrière-gorge due au bacille de Klebs-Lœffler, s'accompagnant d'infection générale due aux toxines élaborées à ce niveau.

Étiologie. Pathogénie. — Actuellement, il paraît démontré depuis les recherches de Klebs (1883) et Lœffler (1884) que la diphtérie, affection locale d'abord due à l'évolution du bacille spécial désigné sous le nom de ces auteurs, développe sur le point d'infection une fausse membrane, tout en produisant une toxine, qui, absorbée par l'organisme, devient la cause d'accidents plus ou moins graves. Il n'est pas rare de trouver associés au bacille de Klebs-Lœffler, toute une série d'autres microbes dont la virulence s'additionne, modifiant ainsi la marche et le pronostic de l'affection.

Je me bornerai à rappeler que le bacille spécial de la diphtérie a la forme d'un petit bâtonnet droit ou courbe, deux fois plus gros que celui de la tuberculose, et d'une longueur à peu près équivalente à ce dernier. Pour le reconnaître il est nécessaire de l'ensemencer sur du sérum gélatinisé ; pour cela faire, ayant à sa disposition un stylet métallique aplati à son extrémité, que l'on chauffe à la lampe de manière à le rougir, pour le stériliser ; on recueille sur l'amygdale, avec cette tige refroidie, un petit fragment d'exsudat membraneux, en frottant légèrement la surface enflammée, puis on dépose immédiatement sur le sérum gélatinisé stérilisé, la partie du stylet ainsi imprégnée. L'orifice du tube est ensuite fermé avec de l'ouate préalablement flambée, de manière à éviter la contamination du contenu. Les tubes, ainsi ensemencés, sont alors placés dans une étuve chauffée à 37° pendant dix-sept à dix-huit heures ; ce laps de temps suffit pour

voir se dessiner à la surface du sérum de petites colonies blanc grisâtre, à centre opaque dont on recueille une partie que l'on étend entre deux lamelles et que l'on colore au moyen du bleu de Lœffler ; on a alors sous les yeux le bacille caractéristique. Il est convenu d'admettre, jusqu'à ce jour, que plus le bacille est long, plus sa virulence est considérable ; de même que la combinaison du bacille de Lœffler avec d'autres microbes pathogènes constitue toujours une complication aggravant le pronostic.

Toutefois, pour connaître le degré exact de virulence des microbes pathogènes, il serait utile d'obtenir des cultures pures dans un bouillon spécial et d'en faire l'inoculation à un cobaye, pour voir si l'animal meurt de diphtérie, ce qui arrive habituellement en trente ou quarante heures.

On peut donc, d'après ce qui précède, dire qu'il existe une diphtérie pure dans laquelle on ne retrouve que le bacille caractéristique de Klebs-Lœffler et une diphtérie polymicrobienne, sur la nature de laquelle la clinique peut en général difficilement fixer l'observateur.

Les caractères chimiques de la toxine élaborée par ces microbes ne sont pas encore nettement établis ; pour les uns (Brieger et B. Frænkel) il s'agit d'une toxalbumine ; pour Gamaleia, d'une nucléo-albumine ; pour d'autres enfin (Roux et Yersin), de composés voisins des diastases.

Quoi qu'il en soit, la diphtérie est très manifestement reconnue depuis longtemps pour être une maladie infectieuse, épidémique et contagieuse, ne conférant pas l'immunité et atteignant de préférence les enfants. Sa contagiosité commence avant l'apparition des fausses membranes et elle continue encore pendant quelque temps, alors que ces dernières ont complètement disparu.

L'examen bactériologique de l'arrière-gorge fait, en effet, un mois ou deux après la guérison apparente, démontre encore l'existence du bacille caractéristique dans la gorge des sujets qui viennent d'être porteurs de bacilles virulents.

La contagion se fait de toutes les manières, par l'air, par les mains, les objets, la literie, les vêtements, les fausses mem-

branes, etc. La question de terrain a une grande influence non seulement sur son développement, mais aussi sur le pronostic de l'affection ; il est certain que les enfants placés dans de mauvaises conditions d'hygiène sont plus disposés que d'autres à être atteints des formes malignes.

Symptomatologie. — Si l'on tient compte des nouvelles recherches bactériologiques faites sur l'infection diphtéritique, on peut considérer que la forme bénigne des anciens est celle que nous pourrions appeler monomicrobienne, par opposition aux formes infectieuses, graves ou toxiques, qui sont bacillo-cocciques, streptococciques, etc.

A. **Angine bénigne**. — Le début de l'angine diphtéritique, quelle que soit sa forme, est habituellement insidieux. Son incubation varie de cinq à huit jours. Souvent un peu de malaise général, quelques accès de fièvre, de l'inappétence, de la céphalalgie, de la diarrhée, en un mot les signes de l'infection générale ouvrent la scène ; ce n'est que plusieurs jours après que l'enfant se plaint d'un peu de mal de gorge ; et encore, la douleur qu'il accuse est-elle légère. Déjà cependant les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont engorgés. Très rapidement l'état général devient mauvais, le malade est pâle, fatigué ; l'inappétence est à peu près absolue. La fièvre, quoique modérée, est presque constante. La voix change de timbre, elle devient nasonnée, amygdalienne, quelquefois même elle est plus profondément altérée (croup d'emblée).

Dans d'autres cas, le début est au contraire beaucoup plus brusque, on voit survenir une fièvre intense avec frissons, des convulsions et même du délire ; en un mot tout un appareil fébrile général, auquel succède l'apparition d'une angine à fausses membranes qui rappelle souvent bien plus l'angine couenneuse simple que la diphtérie. Cette forme est fréquemment des plus bénignes.

Si l'on examine le fond de la gorge dès les premiers jours, on pourra au début n'apercevoir qu'une légère rougeur siégeant au

niveau des amygdales ; puis vingt-quatre ou quarante-huit heures après on voit apparaître un petit point blanc grisâtre pelliculaire, assez mince mais très adhérent; si on l'enlève avec précaution, la muqueuse est un peu saignante quoique non ulcérée, et très rapidement la fausse membrane se reproduit, s'étendant même au delà du point primitivement atteint.

D'autres fois, on aperçoit plusieurs fausses membranes disséminées sur les amygdales, ne tardant pas à aller l'une vers l'autre pour former un exsudat bientôt uniforme d'un gris un peu sale, pas très épais en général, mais assez disséminé pour qu'on en retrouve sur le pharynx la base de la langue, l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques, quelquefois même jusque dans le larynx.

Dès ce moment, ou bien le malade entre rapidement en convalescence, ou l'intoxication générale survient et les phénomènes locaux s'accentuent. Si la fausse membrane s'étend jusque dans le larynx, on voit alors apparaître les signes caractéristiques de l'envahissement de cet organe, c'est-à-dire le croup avec ses symptômes si frappants.

Généralement, l'urine ne contient pas d'albumine ; toutefois lorsque l'imprégnation de l'organisme par les produits microbiens est considérable, l'albuminurie peut se montrer même dans cette forme bénigne.

B. **Angine infectieuse poly-microbienne.** — Le début de cette forme peut ressembler à celui de la précédente, mais les phénomènes généraux prennent ici une plus grande intensité. L'albuminurie s'installe presque hâtivement; les fausses membranes ont des tendances à envahir les cavités voisines de l'arrière-gorge (fosses nasales, larynx, pharynx, bouche, etc.). Bientôt apparaissent du jetage, de la fétidité de l'haleine et une adénite cervicale et sous-maxillaire très prononcées.

Il n'est pas rare de voir l'affection marcher avec rapidité. En quelques jours les troubles généraux s'aggravent et l'enfant est souvent emporté malgré l'application du traitement spécifique. La quantité d'albumine constatée à l'analyse est souvent consi-

dérable, la dépression de l'organisme profonde, presque typhoïdique.

Cependant malgré cet appareil symptomatique grave, il arrive assez souvent que l'examen de l'arrière-gorge démontre l'existence d'un très léger exsudat membraneux. Par contre, si les fausses membranes de l'arrière-gorge sont peu nombreuses et peu épaisses, il en existe un peu de tous côtés. La voix est profondément altérée, la toux souvent croupale, à l'auscultation on entend des râles bronchiques indiquant l'envahissement des voies aériennes profondes. Tous les organes sont infectés et le malade meurt empoisonné par le virus diphtérique. L'affection ressemble presque à du typhus ambulatoire, les téguments restent pâles, la mort survient dans le collapsus comme dans les maladies infectieuses graves.

Anatomie pathologique. — Je ne m'étendrai pas longtemps sur l'anatomie pathologique de la diphtérie de l'arrière-gorge. On trouve en effet chez les enfants morts de cette affection tous les signes d'une infection profonde, le sang est noir, se coagulant mal après la mort, contenant une grande proportion de globules blancs ; la rate est volumineuse, le foie congestionné ; ces deux organes sont infiltrés de cellules rondes ; les cellules hépatiques sont surchargées de graisse. Du côté du rein on rencontre les signes de l'inflammation aiguë : tuméfaction des cellules endothéliales, de la capsule, exsudat entre la capsule et le glomérule ; une infiltration de globules blancs le long des tubes droits et des vaisseaux (desquamation épithéliale très marquée dans les tubes contournés).

Le cœur est dilaté, sa fibre musculaire souvent dégénérée ; l'infiltration de cellules rondes autour du tissu conjonctif, l'endopéri-artérite des artérioles.

Du côté du système nerveux on rencontre soit de la myélite aiguë des cornes antérieures et surtout des névrites périphériques (Charcot, Vulpian, 1862 ; Déjerine et Gombault, 1880). Les muscles paralysés subissent la dégénérescence granulo-graisseuse. Je ne citerai que pour mémoire les broncho-pneumonies, les péricar-

dites, méningites, otites internes, artérites, signes de l'infection générale.

Complications. — Je me bornerai simplement à signaler la propagation de la diphtérie à la bouche, aux fosses nasales, aux gencives, à la conjonctive, aux lèvres, à la voûte palatine, à l'œsophage et même à l'estomac, au larynx ou aux bronches. Lorsque l'exsudat gagne le larynx, il constitue le croup. On observe généralement des accidents diphtéritiques sur les autres muqueuses. La peau peut également être atteinte et présenter soit des érythèmes scarlatiniformes, rubéoliques, du purpura ou des ecchymoses.

Les adéno-phlegmons circonscrits, les arthrites secondaires infectieuses suppurées ou non, peuvent encore être les conséquences de cette infection aiguë.

On sait aussi que les complications cardiaques (myocardite aiguë) sont susceptibles d'occasionner une mort rapide et inattendue par syncope. L'albuminurie est une complication tellement fréquente de la diphtérie grave qu'on peut en quelque sorte la considérer comme le symptôme obligé de l'affection. Enfin il faut savoir aussi que la diphtérie atteint assez souvent le système nerveux central ou périphérique pour déterminer soit des paralysies graves (bulbaires ou autres), soit des troubles de la motilité portant sur les différents muscles de l'arrière-gorge (voile du palais, œsophage ou langue ; etc.), ou sur les muscles moteurs de l'œil, sur le diaphragme, les sphincters ou les organes innervés par le pneumo-gastrique (cœur, etc.). En un mot, la diphtérie est une maladie infectieuse au premier chef, susceptible de se répercuter sur tous les points de l'organisme.

Marche. Durée. Terminaison. — L'exposé qui précède me dispense d'insister longuement sur la marche de la maladie. Sa durée dépend surtout de la nature des associations microbiennes, de l'état de résistance des malades et probablement aussi du moment où l'on applique le traitement. Je viens de rappeler en faisant l'étude des complications de quelle manière la termi-

naison fatale pouvait survenir lorsque le sujet était profondément et définitivement infecté. Quand la guérison se produit, la convalescence est habituellement longue et doit être surveillée; car la mort par syncope bulbaire brusque (Rocaz) est encore possible pendant cette période.

Pronostic. — Il est facile de comprendre combien, en présence d'un cas de diphtérie, le pronostic doit être réservé; la gravité de l'affection consiste en effet non pas seulement dans la présence de fausses membranes ayant des tendances à récidiver sur place, à s'étendre et à entraîner des troubles locaux, mais elle est surtout la conséquence de la toxicité du processus infectieux et des diverses complications toujours susceptibles d'apparaître brusquement au moment où l'on s'y attend le moins. Cependant, depuis ces dernières années, grâce à l'introduction de la sérothérapie, le pronostic s'est singulièrement amendé.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'infection diphtéritique, difficile dans quelques cas, peut être rendu assez facile par l'examen bactériologique qu'il est aujourd'hui habituel de faire en pareil cas, dès le début d'une inflammation à fausse membrane de l'arrière-gorge. Toutefois, je crois que pour établir nettement le pronostic et le diagnostic de la maladie, le clinicien ne devra pas se baser seulement sur le résultat de l'examen bactériologique mais aussi sur la marche de la maladie et l'ensemble des signes généraux et locaux qu'il aura sous les yeux. Il n'est pas douteux que son expérience contribuera également à le guider, soit pour établir un diagnostic précis, soit pour voir à quelle variété d'angine il a affaire. En général, la marche de la maladie, le degré d'infection du malade et surtout l'aspect local de la lésion ainsi que l'examen bactériologique, permettront d'établir avec quelque certitude le diagnostic de diphtérie d'abord, puis de dire quel peut être son degré de gravité probable.

Traitement. — Le traitement de la diphtérie, après être passé par une série de péripéties extrêmement nombreuses qui n'appartiennent plus aujourd'hui qu'à l'histoire de cette maladie et

que je ne saurais rééditer ici sans allonger inutilement ce chapitre, est considérablement simplifié depuis l'introduction du sérum de Roux dans la thérapeutique. C'est ainsi que toute la série des soins locaux, l'ablation des fausses membranes, leur cautérisation, etc., ont perdu toute valeur et sont abandonnés.

Le premier devoir du médecin devra être, une fois son dia-

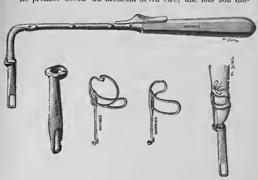


Fig. 9. — Tubes du Dr Froin avec manche introducteur et crochet extracteur. (Voir aussi les instruments du Dr Sevestre pour laryngosténoses, p. 383.)

gnostic établi cliniquement par l'examen de son malade et bactériologiquement par l'ensemencement, d'isoler le diphtérique, de le placer dans une chambre bien claire, en faisant évaporer dans le milieu où il respire des vapeurs phéniquées ou contenant de la teinture d'eucalyptus, de manière à entretenir une atmosphère humide. Le second point sera de soutenir les forces de l'enfant, de manière à lui permettre de lutter avantageusement contre l'intoxication dont il est atteint.

Localement, on pourra encore prescrire quelques lavages de la bouche, faits avec des solutions phéniquées légères ou simplement alcalines, mais il faudra avant tout et dès que l'on pourra,

avoir recours à la sérothérapie. Le sérum, formule de Roux, que tout le monde connaît aujourd'hui, devra être employé aussi hâtivement que possible. Si l'on en fait usage tout à fait au début, des doses de 10 à 20 centimètres cubes, suivant l'âge du malade, suffiront en général à condition de les répéter pendant plusieurs jours de suite ; mais si l'on arrive lorsque l'intoxication du sujet est déjà profonde, il ne faudra pas hésiter à commencer par des doses plus élevées. Certains auteurs conseillent même d'employer chez de tous jeunes enfants de quelques mois à un an, 20 et même 30 et 40 centimètres cubes. Il est de règle à peu près générale, si toutefois il est possible d'en établir une dans des cas de ce genre, d'injecter un centimètre cube par mois d'âge, jusqu'à deux ans. Je n'ai pas besoin d'ajouter que ces injections doivent être faites aseptiquement, c'est-à-dire sur une peau parfaitement nettoyée et à l'aide d'instruments stérilisés, de manière à éviter les inconvénients que peut avoir tout traitement de ce genre fait sans aucune asepsie. Sous l'influence des injections on voit très rapidement l'état général se relever, les fausses membranes se détacher et la convalescence survenir, du moins si la sérothérapie a été employée d'assez bonne heure. On peut dire que depuis l'application de cette méthode, la mortalité de la diphtérie a tellement diminué qu'on est arrivé à considérer le croup comme une affection banale et non comme un véritable épouvantail qu'il était autrefois.

Bien qu'on ait accusé le sérum de produire des paralysies graves quelquefois, il est parfaitement établi aujourd'hui que la sérothérapie constitue le meilleur antitoxique et le meilleur traitement des paralysies post-diphtéritiques, qu'il ne saurait en aucun cas avoir pu provoquer. Les recherches du professeur Ferré, de la Faculté de Bordeaux, et celles de ses élèves, paraissent très concluantes à cet égard.

Quant aux érythèmes polymorphes ou scarlatiniformes, aux arthropathies, et à quelques troubles circulatoires ou urinaires, survenus à la suite de la sérothérapie, ce sont là des accidents sans conséquence qui ne sauraient en aucun cas faire rejeter une méthode de traitement qui a fait aujourd'hui ses preuves et qui

fait le plus grand honneur à MM. Berhing et Roux qui l'ont introduite dans la thérapeutique de cette grave affection. Néanmoins, il faut savoir qu'il existe des diphtéries malignes, hypertoxiques, contre lesquelles le sérum ne semble pas avoir autant d'action que dans les formes habituelles et heureusement les plus com-

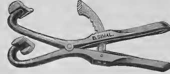


Fig. 10. — Ouvre-bouche d'O'Dwyer.

munes de ces infections. Je dois ajouter que ces diphtéries toxiques paraissent être assez rares dans nos pays. Peut-être aussi deviennent-elles graves à cause de leur début insidieux (naso-pharyngien ou adénoïdien). Il serait possible que dans ces cas la sérothérapie étant mise en usage trop tardivement, ne puisse avoir toute son efficacité.



Fig. 11. — Mandrin servant à introduire les tubes.

Si la respiration se trouve compromise par suite de l'extension des fausses membranes au larynx, sauf exception, on donnera la préférence au tubage sur la trachéotomie. Ce dernier sera pratiqué suivant les règles si bien établies par O'Dwyer, en Amérique, et par le Dr Bonain, en France, qui s'est fait chez nous le propagateur de cette méthode. On emploiera indifféremment les tubes d'O'Dwyer, de Sevestre, ou ceux du Dr Froin dont l'ouverture inférieure laisse plus de jour que les précédents. Un aide expérimenté devra rester auprès de l'enfant, prêt à remettre le

tube dans le cas où il serait rejeté pendant un effort de toux. L'introduction en sera faite avec un instrument spécial, en se guidant sur l'index, introduit dans le larynx et relevant l'épiglotte.

L'extraction du tube, qu'il convient de ne pas laisser trop longtemps en place (pas plus de quatre à cinq jours en général), sera faite soit en pressant sur le cartilage thyroïde de bas en haut, soit à l'aide d'un crochet spécial (fig. 9).

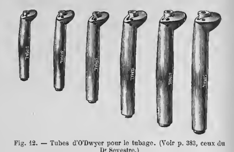


Fig. 12. — Tubes d'O'Dwyer pour le tubage. (Voir p. 383, ceux du Dr Sevestre.)

Dans quelques cas, où l'on sera éloigné de l'enfant et que l'on ne pourra pas laisser d'aide auprès de lui, à la campagne par exemple, on parera à l'asphyxie imminente par l'ouverture des voies aériennes. La trachéotomie devra toujours être faite au-dessous du cartilage cricoïde, afin d'éviter les sténoses consécutives aux opérations faites dans l'espace crico-thyroïdien.

ABCÈS AMYGDALIENS ET PÉRI-AMYGDALIENS

Définition. — On désigne ainsi une inflammation aiguë aboutissant à la suppuration de l'amygdale elle-même, du tissu cellulaire qui l'environne,ou de ces deux parties en même temps.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — Disons d'abord que l'abcès péri-amygdalien est beaucoup plus fréquent que la suppuration localisée à la glande elle-même, l'étiologie étant en général identique dans les deux cas, nous la décrirons une fois pour toutes.

Bien que la plupart des auteurs répètent tour à tour que les abcès de l'amygdale sont plus fréquents dans le jeune âge, mon expérience personnelle ne concorde pas absolument avec une pareille manière de voir. Je considère en effet les inflammations suppuratives comme plus fréquentes dans la deuxième période de la vie, particulièrement de dix-huit à trente ans, que dans le jeune âge.

Le volume des amygdales ne paraît avoir aucune sorte d'influence sur le développement de l'affection. Par contre, les glandes crypteuses, à recessus profonds, mal ouverts à l'extérieur, facilitent singulièrement cette sorte d'infection.

C'est surtout à certaines périodes de l'année, particulièrement au moment des changements de saisons et même pendant les fortes chaleurs, au mois de juillet et d'août, dans nos climats que s'observent le plus souvent les abcès de cette région. Le surmenage, les fatigues excessives, en un mot toute cause susceptible de débiliter l'organisme, prédisposent à ces atteintes. De même une première infection semble créer une sorte d'opportunité morbide à une nouvelle poussée de même nature. Bien que les germes infectieux pénètrent souvent de dehors en dedans, il est incontestable que le contraire peut se produire, aussi pensons-nous avec le professeur Bouchard, que les amygdales se contaminent souvent par l'intérieur. Elles se trouvent alors par le sang lui-même aux prises avec des agents infectieux qu'elles n'ont pas toujours la force de détruire.

Le froid peut aussi agir soit directement sur la gorge, soit sur les extrémités, en déterminant une action vaso-motrice marquée qui empêche la muqueuse de se défendre. Il détermine d'autre part une action nerveuse inhibitoire qui anihile plus ou moins complètement la vie cellulaire de l'arrière-gorge.

Les inflammations des fosses nasales, particulièrement la suppuration des cavités accessoires (sinus maxillaire en particulier)

les cautérisations galvaniques et certains traumatismes de la pituitaire sont également susceptibles de faciliter la suppuration amygdalienne.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Que l'inflammation siège dans l'amygdale elle-même ou autour de cette glande, on constate toujours, sur des coupes microscopiques, au début, une simple augmentation de volume avec infiltration de cellules embryonnaires dans la sous-muqueuse, dilatation des vaisseaux et augmentation des follicules clos, et plus tard, des collections purulentes qui n'offrent rien de particulier Les microbes, ce sont ceux de la suppuration, des streptocoques, des staphylocoques ou des pneumocoques plus ou moins isolés ou associés, suivant les cas.

SYMPTÔMES. — A. *Fonctionnels*. — Les symptômes fonctionnels ne varient guère que par leur intensité, dans les différentes formes d'abcès de cette région Le premier symptôme est une certaine gêne à la déglutition, comme une sensation douloureuse localisée d'un côté de la gorge. Puis, très rapidement apparaît une sorte de piqûre plus profonde et plus accentuée Cet embarras augmente assez promptement ; c'est seulement vingt-quatre heures après que surviennent les phénomènes généraux, fièvre, céphalalgie, inappétence, état saburral assez souvent accompagné de constipation.

Si l'affection ne s'arrête pas à cette période, pour se terminer par résolution, les symptômes généraux vont alors en s'aggravant et la fièvre s'établit d'une façon régulière, s'annonçant souvent par des frissons et surtout du malaise général, du nasonnement de la voix, ou plutôt une sorte d'empâtement dû en partie au gonflement qui survient du côté de l'arrière-gorge et surtout à l'immobilisation partielle ou totale du voile palatin.

A cette période, apparaissent des douleurs spontanées, exagérées par les mouvements de déglutition, au point que le malade refuse souvent de s'alimenter, tellement le passage des aliments même demi-solides et surtout liquides, est douloureux ; il laisse s'écouler sa salive épaisse et fétide de la bouche plutôt que de l'avaler ou de l'expulser. Du reste les efforts d'expulsion sont

rendus difficiles par la tuméfaction des parties atteintes et par les douleurs que produisent ces mouvements. Dans bien des cas les liquides déglutis reviennent par le nez, particulièrement du côté atteint. Le cou est tuméfié, douloureux, les ganglions correspondant à l'angle de la mâchoire sont également saillants et sensibles au toucher ; les muscles sont relâchés, le malade laissant sa tête inclinée du côté atteint. L'ouverture de la mâchoire, assez facile pendant les premiers jours, devient très rapidement impossible ; la langue est blanche, saburrale et si la collection purulente est abondante, il est impossible au malade de desserrer les dents ; il a du trismus en même temps qu'un état général extrêmement mauvais à tel point que lorsqu'il a vidé son abcès, il reste souvent plusieurs jours à se remettre, tant il est affaibli par le manque d'aliments et surtout par l'état d'infection dans lequel il a été plongé.

On comprendra aisément que les symptômes fonctionnels que nous venons de décrire pourront varier, depuis les formes les plus légères jusqu'aux plus graves, suivant que la suppuration sera localisée ou diffuse et suivant aussi que l'abcès aura mis plus ou moins longtemps à se collecter et à s'ouvrir.

B. *Symptômes subjectifs.* — Je pense qu'il convient aujourd'hui de laisser de côté les anciennes descriptions des abcès amygdaliens, pour faire un classement plus conforme à la clinique. C'est ainsi que si l'on a occasion de voir des malades porteurs d'abcès amygdaliens dans les premiers jours de leur évolution, on pourra aisément distinguer les différentes formes que je vais essayer de décrire. A mon sens en effet, on peut classer les abcès de cette région en :

1° Abcès intra-amygdaliens ;

2° Abcès péri-amygdaliens.

Parmi lesquels nous comprendrons les abcès *antérieurs*, les *postérieurs*, les *externes* et les *inférieurs*. Il me sera facile de démontrer, je crois, l'importance de cette classification en exposant le traitement qu'il conviendra d'appliquer, à chacun de ces modes spécial de l'infection gutturale.

A. **Abcès intra-amygdaliens.** — Si le pus tend à se former dans l'intérieur de l'amygdale elle-même, en faisant ouvrir la bouche au malade, en dehors de la langue sale, recouverte d'enduit blanchâtre ou gris noirâtre que l'on observe dans tous les cas, on aperçoit au fond de la gorge un voile du palais rouge, mais non infiltré. Dans les premiers jours, cette rougeur existe également au niveau de l'amygdale qui est légèrement tuméfiée, faisant une saillie plus considérable que sa congénère au milieu des piliers *simplement refoulés*, mais *non enflammés*. Puis, très rapidement, c'est-à-dire en l'espace de deux ou trois jours, la glande arrive à proéminer davantage vers l'intérieur de la cavité buccale, les pilliers antérieurs surtout sont rouges, très légèrement tuméfiés, mais non œdémateux, pas plus que la luette. Le voile est cependant refoulé en avant, de même que le pilier postérieur est refoulé en arrière, au point que la glande vient toucher souvent la paroi postérieure du pharynx. Les cryptes ne sont plus visibles; l'amygdale représente une masse spongieuse, rouge foncé, comme sur le point d'éclater, parfois même voit-on un point blanc jaunâtre par lequel va se faire jour la suppuration. Le doigt porté sur la région malade produit une sensation douloureuse extrêmement vive, comme si l'on enfonçait un instrument piquant dans l'intérieur de cette glande. Quelquefois, mais rarement, il est possible de sentir la fluctuation. A cette période encore, le diagnostic d'abcès intra-amygdalien peut être fait.

Si le pus n'a pas trouvé une issue facile vers l'extérieur, il peut envahir les parties profondes de l'amygdale ; alors le tissu périamygdalien s'enflamme à son tour, et il se produit un véritable phlegmon de l'arrière-gorge dont il n'est plus possible de constater le point de départ. Six ou dix jours après le début, suivant les cas, ce diagnostic différentiel ne peut plus être fait. L'amygdale se recouvre d'un enduit blanchâtre et de mucosités épaisses, purulentes, difficiles à détacher. La langue est sale, saburrale, les dents serrées, le malade a beaucoup de difficultés à entr'ouvrir la bouche. La douleur est extrêmement vive, s'irradiant du côté de l'oreille, par suite de la tuméfaction considérable de la région qui

remonte souvent jusque vers le naso-pharynx et l'entrée de la trompe correspondante.

La région extérieure est elle-même tuméfiée, très douloureuse au toucher, ainsi que tout mouvement de la tête ou du cou. Les troubles de la déglutition sont tels, que le malade préfère laisser s'écouler sa salive gluante de la bouche, plutôt que de la déglutir, tant ce mouvement est difficile à exécuter et réveille de douleur intense.

L'abaissement forcé de la langue pour examiner l'arrière-gorge est très difficile, ainsi que l'inspection de la cavité.

B. **Abcès péri-amygdaliens.** — 1° *Antérieur.* — L'abcès péri-amygdalien, que nous pourrions appeler de préférence antéro-supérieur, est de beaucoup le plus fréquent des abcès de l'arrière-gorge. Il siège, comme son nom l'indique, dans le tissu cellulaire situé à la partie postérieure du pilier antérieur *au-dessus de la glande amygdalienne.* C'est probablement le plus commun, à cause de la disposition anatomique de la fossette sus-amygdalienne (voir page 8).

Fig. 13. — Aspect de l'arrière-gorge dans un cas d'abcès péri-amygdalien antéro-supérieur (le plus fréquent et le plus classique).

Le premier symptôme de l'affection est également une rougeur assez vive occupant la partie supérieure du pilier antérieur qui est déjà tuméfié au point de *repousser l'amygdale en arrière;* très rapidement, le bord libre du voile participant à l'inflammation s'œdématie à son tour, ainsi que le bord correspondant de la luette. Immobilisé de bonne heure, le palais mou fait saillie vers la cavité

buccale, tandis que l'amygdale, quoique rouge et tuméfiée à son tour, est plutôt refoulée en arrière par le gonflement que réellement enflammée.

Pendant les trois ou quatre premiers jours, le diagnostic de cet abcès antéro-supérieur est très facile, car il bombe à travers le bord supérieur et interne du pilier antérieur, s'offrant en quelque sorte à l'instrument tranchant, tant il semble vouloir se faire jour à travers l'extérieur. Quelquefois même la suppuration reste localisée à cette région, s'ouvrant d'elle-même au dehors, sans jamais atteindre d'autres parties de la loge amygdalienne. C'est, on peut dire, l'abcès classique décrit par les auteurs

2° *Postérieurs.*— Cette sorte d'abcès amygdalien est loin d'être aussi rare qu'on pourrait le supposer tout d'abord ; elle est souvent confondue au début avec l'abcès rétro-pharyngien et, plus tard, avec l'abcès antéro-supérieur avec lequel il finit souvent par se fusionner. Cependant, si l'on examine attentivement les malades, il est facile de suivre son évolution et d'en faire le diagnostic hâtif. Tout d'abord, la rougeur occupe nettement le pilier postérieur qui prend une forme arrondie, boudinée, lisse à sa surface, refoulant *au-devant* de lui la glande amygdalienne. Très rapidement aussi, c'est-à-dire en l'espace de deux ou trois jours, cette sorte de bourrelet postérieur prend un volume considérable, infiltrant la face postérieure du voile, souvent même la luette, mais du côté de sa face postérieure ou latérale, la partie antérieure étant généralement indemne d'infiltration.

Il importe ici de distinguer l'infiltration purulente *primitive* de ce pilier, d'avec l'œdème secondaire qui accompagne les phlegmons péri-amygdaliens antéro-supérieurs à leur période confirmée ; dans le premier cas, le pilier est d'un rouge sombre ou du moins très vif ; dans le second cas, au contraire, il est plutôt pâle, décoloré et simplement œdémateux.

Le pilier antérieur est absolument sain, l'amygdale elle-même est à peine rouge et infiltrée, et si le voile semble bomber en avant, c'est plutôt par refoulement, tant la partie supérieure est tuméfiée, que par véritable infiltration. C'est seulement quatre,

cinq ou six jours même après le début de l'affection, que le pus arrive à fuser vers la partie supérieure de la loge amygdalienne, pour venir constituer une sorte de phlegmon péri-amygdalien diffus, ayant des tendances à s'ouvrir vers le point d'élection en avant du voile palatin, au-dessus et en dehors de l'amygdale. Très souvent nous avons vidé, devant les élèves qui suivent la clinique, des abcès amygdaliens postérieurs, au troisième, quatrième ou cinquième jour de leur évolution, *en incisant nettement en arrière de l'amygdale*, où était déjà formée la collection purulente.

3° *Externe*.— L'abcès péri-amygdalien externe, sans être aussi fréquent que les formes précédentes, n'est cependant pas d'une rareté absolue ; c'est, on peut le dire, la forme la plus grave et dans laquelle les symptômes fonctionnels offrent quelques particularités assez nettes. Souvent confondu avec le phlegmon latéro-pharyngien, il s'en distingue cependant au début de son évolution.

La douleur siège aussi bien au niveau de la partie latérale du cou que dans la gorge La tuméfaction externe est beaucoup plus considérable que dans les formes précédentes. Il en résulte une déformation apparente à l'extérieur, avec immobilisation précoce du cou, inclinaison de la tête du côté malade, et difficulté pour ouvrir la bouche.

Les symptômes généraux sont souvent d'une gravité excessive, car l'insomnie et le délire forment le cortège habituel de cette sorte de suppuration. Très rapidement, les ganglions sous-maxillaires parotidiens et occipitaux sont infiltrés, le cou est empâté; il semble, en somme, que toute la lésion est plutôt en dehors que dans l'intérieur de la gorge.

Cependant, à l'examen direct, il est facile de constater, dès le début, que l'amygdale est projetée en dedans, sans être cependant enflammée, rouge, comme elle l'est dans l'abcès intra-amygdalien. Les piliers sont à peine tuméfiés; le voile et la luette quelquefois œdématiés à une période avancée de l'infection, sont très souvent à peine infiltrés ou même tout à fait intacts. Il existe

par contre de la rougeur et une projection, au dedans de toute la loge amygdalienne. L'attouchement du fond de la gorge est douloureux, quoique beaucoup moins sensible que la palpation externe. Si le pus se collecte ainsi dans le tissu cellulaire du fond de la loge amygdalienne (vers l'angle maxillo-pharyngien) il peut se faire jour à travers l'aponévrose pharyngée, autour du paquet vasculo-nerveux, pour constituer le phlegmon latéro-pharyngien. Ce dernier est même susceptible de s'infiltrer dans le cou pour déterminer un phlegmon profond. L'infection de cette région se fait soit par ulcération de l'aponévrose pharyngée (rare), soit par l'intermédiaire des vaisseaux qui traversent cette membrane pour se rendre à l'amygdale, soit enfin par la voie lymphatique (adénite) (voir fig. 5, 6).

4° *Inférieurs.*—A côté de ces différentes formes d'abcès amygdaliens plus ou moins fréquents, mais, somme toute, pas très rares, on peut rencontrer une localisation beaucoup plus exceptionnelle, que j'appellerai abcès péri-amygdaliens inférieurs. Ces derniers siègent au-dessous de l'amygdale, entre cette glande et l'amygdale linguale, en arrière du pilier antérieur, mais vers sa base. Ainsi que l'indique la dénomination d'inférieure que je lui ai donnée, la tuméfaction occupe la région basale, soulevant l'amygdale en haut, refoulant le pilier antérieur, sans cependant atteindre la langue elle-même. Les troubles de la déglutition sont ici très précoces; tout mouvement de la langue est extrêmement sensible; cet organe est même immobilisé très hâtivement et l'infiltration s'étend bien souvent non seulement sur la paroi latérale du pharynx, mais même jusqu'à l'épiglotte ou aux replis ary-épiglottiques correspondants.

Si le pus vient à fuser vers les parties latérales, il constituera alors l'abcès latéro-pharyngien, bien connu des auteurs par son exceptionnelle gravité due à sa localisation.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche des *différents abcès* que je viens de décrire est généralement la même pour toutes les formes, sauf peut-être pour les collections purulentes de la paroi

externe. Contrairement à ce qu'on a écrit, je considère que le pus est très rapidement collecté au milieu ou autour de l'amygdale enflammée. C'est ainsi que j'ai pu ouvrir des abcès amygdaliens, quarante-huit heures après le début de l'infection, et déjà trouver du pus, en petite quantité, cela va sans dire, dans un des points de la loge amygdalienne; ce qui revient à dire que vers le quatrième ou cinquième jour, au plus tard, il est facile de faire le diagnostic du siège de la collection purulente et même de lui donner issue. La marche de l'affection peut donc être considérée sous deux aspects, suivant que la maladie est traitée hâtivement ou, au contraire, qu'elle est abandonnée à elle-même.

Traité de bonne heure, l'abcès amygdalien peut guérir en l'espace de quatre, cinq ou six jours au maximum ; abandonné à lui-même, le pus met généralement de huit à douze jours avant de faire une saillie appréciable en un point quelconque de la région, et venir en quelque sorte se faire jour de lui-même à l'extérieur. Il s'offre alors au bistouri de l'opérateur qui n'a qu'une mince couche de tissu à inciser pour favoriser son issue. La maladie se termine habituellement par la guérison, soit que l'on intervienne de bonne heure ou que l'on laisse l'affection évoluer par elle-même. Toutefois, il peut survenir un certain nombre de complications sur lesquelles il est bon d'insister.

Complications. — Les œdèmes de voisinage, péri-laryngien ou glottiques, sont généralement assez rares, lorsque l'abcès est limité à la partie supérieure de la loge amygdalienne. Ils sont par contre la règle dans les abcès de la région inférieure. De même, les phénomènes infectieux généraux, tels que ictère, rhumatisme, méningites pneumonies septiques ou septicémie vraie, quoique rares, sont toutefois des complications avec lesquelles on peut avoir à compter, surtout lorsque la maladie a duré plusieurs jours, et que le malade a été profondément affaibli par la formation du pus et par l'inanition à laquelle le condamne son abcès. On a même cité des cas de phlébite de la jugulaire interne (Breton, *Thèse de Paris*, 1883). La gêne mécanique locale peut aussi entraîner des œdèmes de voisinage (épiglotte, replis ary-

épiglottiques), de l'infiltration purulente du cou, du médiastin même. L'irruption du pus dans le larynx est aussi une complication grave en pareil cas. J'ai vu un malade succomber à une paralysie de l'épiglotte qui provoqua l'asphyxie, avant que l'on ait pu intervenir par la trachéotomie.

De toutes ces complications, la plus grave et la plus importante est sans contredit l'hémorragie artérielle ou veineuse qui se produit, soit spontanément par ulcération des vaisseaux, soit au moment de l'ouvertvre de l'abcès par le chirurgien[1]. Je considère que les hémorragies spontanées ne s'observent guère que dans les abcès péri-amygdaliens externes ; elles s'expliquent du reste par la situation du pus et par le délabrement considérable que produit cette sorte de suppuration.

Les hémorragies traumatiques, par incision, s'expliquent facilement par l'ouverture de vaisseaux gorgés de sang dans des tissus enflammés qui, normalement, sont déjà si vasculaires. Nous verrons plus loin comment il est possible d'éviter ces sortes d'accidents[2].

Pronostic. — Le pronostic est généralement bénin, sauf les cas rares où l'on observe l'une des complications auxquelles je viens de faire allusion. Il faut savoir aussi que l'existence de tares antérieures (néphrites, alcoolisme, affections cardiaques) peut venir assombrir le pronostic.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'abcès amygdalien peut être hésitant au début, alors qu'il existe simplement de la rougeur et une légère infiltration des parties au niveau desquelles va s'établir la suppuration ; mais, comme à cette période la guérison par résolution est encore possible, on a rarement l'occasion d'avoir un diagnostic différentiel à faire. Par contre, dès le *second ou troisième* jour au plus tard, il est, je crois, possible par l'exis-

[1] Le professeur Vergely (de Bordeaux), a publié sur ce sujet un travail intéressant.

[2] Pour de plus amples détails sur ces complications voir la thèse de mon élève le Dr Zarfdjian, Bordeaux, octobre 1903.

tence de l'infiltration des tissus et leur rougeur, sans exsudat à leur surface, de penser à la présence d'un abcès amygdalien. Bien plus, j'estime qu'on peut faire alors le diagnostic précis de la localisation, suivant que la tuméfaction occupe telle ou telle région de la loge amygdalienne, ou l'amygdale elle-même.

Vers le septième ou huitième jour, et *a fortiori* un peu plus tard, si le diagnostic de suppuration se précise, celui de localisation devient au contraire moins commode à établir à cause de la diffusion de la lésion, qui tend à transformer un simple abcès en un véritable phlegmon diffus péri-amygdalien.

Traitement. — Tout à fait au début, on peut essayer de faire avorter l'abcès en faisant au niveau de l'amygdale enflammée un badigeonnage avec une solution de chlorure de zinc au 1/15 ou au 1/20. Employée de la même manière, la teinture d'iode donne d'excellents résultats.

On peut, dès ce moment, prescrire des gargarismes émollients, très chauds ou glacés. Un purgatif, salin de préférence, sera également indiqué à la période du début; de même que les cataplasmes chauds, l'onguent napolitain belladoné, ou de la glace sur le cou du côté malade; on a même attribué au salol, administré à l'intérieur, des propriétés abortives qui nous paraissent avoir été surfaites.

Si, après vingt-quatre ou quarante-huit heures au plus, ces différents traitements n'agissent pas d'une façon sérieuse, je crois qu'il est préférable de recourir *très hâtivement* à l'intervention chirurgicale, qui seule permettra de guérir rapidement le malade et de lui éviter les ennuis et les douleurs d'une suppuration longue à se collecter et surtout à se faire jour au dehors.

Bien entendu, je ne puis accepter l'opinion de ceux qui préconisent l'abstention et l'attente, sous le vain prétexte que les abcès amygdaliens ne sont pas mortels. Il est, je crois, inutile de réfuter une assertion aussi erronée et aussi préjudiciable aux intérêts des malades. L'intervention s'impose, à mon sens, et doit être faite aussitôt le diagnostic établi.

Si l'on se rappelle ce que j'ai dit à propos de la localisation des

différents abcès de l'amygdale, on pourra de très bonne heure donner issue à la suppuration collectée dans tel ou tel point de la région. Toutefois, il me paraît qu'à cette période de la maladie, le bistouri est un instrument dangereux qu'il convient de rejeter, parce qu'il n'est pas rare de voir se produire à la suite d'une incision, même légère, des hémorragies veineuses en nappe, souvent abondantes, susceptibles d'inquiéter non seulement le malade, mais aussi le médecin, tant elles sont difficiles à réprimer. Le bistouri a en outre l'inconvénient, s'il ne détermine pas d'hémorragie, de faire une petite plaie linéaire, qui, très rapidement se referme et ne permet pas toujours à l'abcès — en admettant que l'on trouve le pus — de se vider complètement à l'extérieur; il favorise donc la formation d'une nouvelle infection suppurative. Pour être utile, il faudrait que les lèvres de la plaie fussent chaque jour dilacérées, ouvertes à nouveau à l'aide de la sonde cannelée ou du stylet. L'incision au bistouri n'est possible, à mon sens, qu'à la période où l'abcès est parfaitement collecté, tout à fait évident, et en quelque sorte sur le point de s'ouvrir lui-même; mais cette incision tardive hâte de bien peu la terminaison du mal.

Je ne parle pas du trocart, instrument peu employé de nos jours. Quant au procédé qui consiste à passer entre le pilier antérieur et l'amygdale, en allant en avant et en arrière du recessus épi-amygdalien à l'aide du crochet à discission et de la sonde cannelée (Ruault), j'estime qu'il ne saurait être mis en usage avec succès, à la période où le pus est encore profond et où il faut traverser plus d'un centimètre et demi de tissu enflammé ou infiltré. Je puis en dire autant du procédé préconisé par Killian, qui conseille de remplacer le stylet par une pince introduite dans la région sus-amygdalienne. Il est possible qu'à une période avancée de la maladie cette manière de faire soit efficace, mais j'affirme qu'au début elle est tout à fait insuffisante.

Je préfère au bistouri ou à la discission, le thermo ou mieux encore le galvanocautère porté au rouge sombre. Grâce à lui, la région étant adrénalisée et cocaïnée, enfin anesthésiée dans la limite du possible, avec une solution de cocaïne au cinquième, ou bien avec le liquide anesthésique de Bonain (Menthol, acide

phénique, chlorhydrate de cocaïne àâ), on peut non seulement inciser le tissu amygdalien et péri-amygdalien, mais pénétrer dans sa *profondeur* à plusieurs centimètres s'il est besoin, pour aller à la recherche du pus jusqu'au fond de la loge de l'amygdale. L'incision ainsi pratiquée est peu douloureuse; en outre, elle rend l'écoulement sanguin insignifiant. Si le galvano n'a pu pénétrer d'emblée jusque dans le foyer même de la suppuration, il est facile d'aller avec une sonde cannelée chercher dans différentes directions à ouvrir la *collection* purulente. On a ainsi créé un large passage par lequel le pus trouve une issue facile et *persistante*, puisque l'ouverture met huit à dix jours à se combler; on ne risque donc nullement d'avoir de la rétention des produits septiques et par conséquent de nouvelles infections. Dans le cas où l'incision a été faite très hâtivement (deux à trois jours après le début de l'abcès), si la collection peu abondante n'a pas été ouverte, il n'est pas rare qu'après cette manœuvre le pus ne vienne de lui-même quelques heures plus tard, se faire jour dans le trajet artificiel.

Je n'ai qu'à me louer de ce mode de traitement qui m'a toujours donné les meilleurs résultats dans les nombreux cas d'abcès amygdaliens ou péri-amygdaliens que j'ai eu à traiter.

Voici de quelle façon il faut procéder : Si on est en présence d'un *abcès intra-amygdalien*, la manière d'agir est bien simple. Il suffit de plonger le couteau galvanique dans l'épaisseur de la glande enflammée, d'avant en arrière, pour donner issue au pus qu'elle contient. Les suites opératoires sont à peu près nulles, le malade étant rapidement soulagé et guéri.

Si l'abcès est antéro-supérieur le diagnostic a été précoce, il est fait vers le troisième ou le quatrième jour. Le voile du palais est rouge, bombant en avant; il est infiltré, mais on ne sent pas encore, comme l'ont dit Lemaistre et Ruault, cette boutonnière formée par l'écartement des faisceaux musculaires, le malade ouvre parfaitement la bouche.

Après avoir anesthésié la région, c'est-à-dire la paroi correspondant à la portion supérieure de la loge amygdalienne, à un

centimètre ou deux du bord du pilier antérieur, point très bien indiqué par Escat, on plonge la lame du galvano non pas simplement d'avant en arrière, comme l'a dit cet auteur, mais de *dedans en dehors*, c'est-à-dire en se dirigeant obliquement vers la paroi externe de la loge amygdalienne. On traverse le voile dans toute son épaisseur, 1 centimètre à 2 centimètres et demi environ suivant le degré d'infiltration; puis on pousse plus profondément dans le tissu cellulaire péri-amygdalien, comme si on voulait traverser la loge elle-même. Il est rare qu'à peine a-t-on franchi cette région on ne donne pas issue à la collection purulente. S'il en était autrement, s'armant alors de la sonde cannelée, on irait dilacérer les parties voisines tout autour de l'amygdale, sans crainte de voir se produire de rupture vasculaire importante. Du reste une hémorragie se produirait-elle qu'elle pourrait être facilement réprimée en tamponnant à la gaze iodoformée la cavité creusée à travers le voile palatin.



Fig. 14. — Aspect de l'amygdale après l'ouverture d'un abcès antéro-supérieur au galvano-cautère. Siège et forme de l'escarre deux à trois jours après l'incision. Le centre et les bords sont un peu plus grisâtres et sphacélés.

Si le diagnostic a été bien établi, on doit avoir trouvé du pus.

L'abcès est péri-amygdalien postérieur. — L'amygdale refoulée en avant, le pilier fortement infiltré, boudiné, rouge, etc.

Ici, laissant de côté le voile et l'amygdale, on pénètre immédiatement *en arrière* de cette glande, dans l'épaisseur même du pilier, en allant également d'avant en arrière et obliquement vers la

région externe. L'incision doit se faire à peu près dans la région correspondant au tiers supérieur de l'amygdale. L'épaisseur du tissu à inciser est bien moins considérable que dans le cas précédent, un demi-centimètre à un centimètre au plus et on tombe dans la poche purulente qui se vide facilement à l'extérieur.

L'abcès est péri-amygdalien externe. — Ici l'intervention

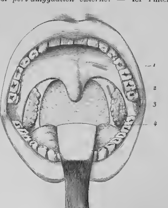


Fig. 15. — Aspect de l'arrière-gorge.

Les traits rouges indiquent les points où il faut inciser pour ouvrir : 1, les abcès antéro-supérieurs. — 2, postéro-supérieurs (pilier postérieur). — 3, intra-amygdaliens. — 4, antéro-inférieurs.

Se diriger dans tous les cas de dedans en dehors.

est moins facile. En effet, le pus se trouve collecté du côté de l'aponévrose pharyngienne vers la paroi externe de l'amygdale; l'infiltration est diffuse, mais la région délicate et dangereuse, à cause de la présence des gros vaisseaux qui se trouvent néanmoins à 2 centimètres environ du dehors, à l'état normal, et

beaucoup plus loin s'il existe de l'infiltration et du pus. Aussi, le diagnostic étant bien assuré, on peut encore à l'aide du couteau galvanique traverser toute l'épaisseur de l'amygdale en se dirigeant vers le tiers supérieur obliquement d'avant en arrière et de *dedans en dehors*. On va ainsi vers la paroi externe jusqu'au fond de la loge, c'est-à-dire à 2 centimètres et demi ou même 3 centimètres. Si l'on n'a pas trouvé le pus, il est prudent de ne pas insister, car cette opération est faite, je l'avoue, un peu à l'aveugle. S'armant alors de la sonde cannelée, le chirurgien cherchera un peu au-dessous et au-dessus de l'incision galvanique la collection purulente qui doit s'y trouver. Dans le cas où cette manœuvre n'aura pas ramené de pus elle facilitera néanmoins sa sortie. Très souvent j'ai vu, à la suite d'interventions de ce genre l'abcès se vider, soit dans la journée même, soit au maximum vingt-quatre heures après.

Je dois ajouter cependant que j'ai vu aussi survenir dix à douze heures après une véritable hémorragie qui ne fut jamais très inquiétante. Il eût du reste été facile de la réprimer en bourrant l'orifice pratiqué au galvano dans l'amygdale elle-même, avec de la gaze iodoformée ou aseptique. Je n'ai jamais eu à intervenir pour des accidents de ce genre.

On comprend du reste combien il est important d'ouvrir ces abcès de bonne heure, en raison de leur siège et de la tendance qu'ils peuvent avoir à se diffuser vers l'intérieur du cou.

Lorsque dans cette forme d'abcès externe, le malade ne peut ouvrir la bouche, ou bien si, malgré l'incision libératrice intérieure prudemment faite, les symptômes infectieux continuent à évoluer on est autorisé à agir par la voie externe, mais en se rappelant qu'il faut aller profondément, souvent même jusqu'au pharynx, pour trouver le pus qui est beaucoup plus profond que dans l'abcès latéro-pharyngien ordinaire ou l'adénophlegmon du cou.

Enfin si la collection s'est *formée à la partie inférieure*, le galvano est plongé entre la base de l'amygdale et la langue, toujours de dedans en dehors, à travers le pilier antérieur que l'on perfore de part en part.

Ceci fait, on prescrit suivant les cas des inhalations chaudes, et un gargarisme émollient. Il est bon de s'assurer vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'intervention que le trajet du galvano n'est pas oblitéré par un exsudat, par des membranes inflammatoires ; dans ce cas il suffit de passer une sonde cannelée dans le trajet pour rétablir sa perméabilité. En agissant ainsi on réduira de beaucoup la *durée* et par conséquent la gravité de l'amygdalite suppurée dont on n'aura pour ainsi dire jamais à regretter les graves complications qui en sont parfois la conséquence.

ABCÈS CHRONIQUE DES AMYGDALES

A la suite d'inflammations répétées du recessus épi-amygdalien ou d'un abcès mal cicatrisé de cette région on peut voir persister à la partie supérieure de l'amygdale, entre le pilier et cette glande, une sorte de cavité dans laquelle s'accumulent, non plus des matières caséeuses, mais une véritable sécrétion purulente venant dans quelques cas infiltrer le bord libre du voile palatin dans lequel elle peut même se faire jour. Il semble, ainsi que l'a dit Cartaz, qu'il s'agisse là d'une sorte de diverticule congénital formant une véritable fistule borgne dans l'épaisseur même du voile. En réalité on se trouve en présence d'une simple infiltration de pus dans l'épaisseur du pilier antérieur, et peut-être aussi du palais mou dont les éléments sont un peu dissociés, ainsi qu'il résulte des quelques exemples rapportés par Cartaz qui, le premier, en a donné une bonne description, par Ruault, Laurens et Raoult. Ce dernier a même trouvé au milieu du pus des amas calculeux, tout comme on en observe dans l'intérieur des cryptes amygdaliennes. J'ai eu moi-même l'occasion de voir et de traiter un petit nombre de malades porteurs de ces abcès chroniques ouverts, soit au niveau de l'amygdale à la partie moyenne ou supérieure, soit sous le bord du voile.

Le traitement consiste à ouvrir largement le trajet fistuleux, à le curetter, à l'écouvillonner au chlorure de zinc au 1/15. On obtient ainsi une guérison rapide en l'espace de quelques jours, du moins si l'ouverture a été large et l'écouvillonnage bien fait.

AMYGDALITE LACUNAIRE CASÉEUSE

On désigne sous ce nom une inflammation chronique des amygdales caractérisée par la présence d'amas caséeux dans l'intérieur de ces glandes.

Étiologie — J'aurai peu de choses à dire sur l'étiologie de l'affection ; c'est généralement la disposition des cryptes de l'amygdale et l'inflammation chronique de ces glandes qui devient le point de départ de l'affection.

Symptomatologie — Les symptômes fonctionnels sont ordinairement assez vagues et assez peu caractéristiques ; toutefois, certains malades savent bien reconnaître par la sensation qu'ils éprouvent, l'existence de quelques amas caséeux dans l'intérieur de leurs amygdales. Ils ressentent généralement comme une sorte de piqûre dans un point déterminé de l'arrière-gorge, un peu de gêne à le déglutition, une douleur légère se répercutant quelque-

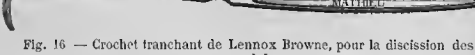


Fig. 16 — Crochet tranchant de Lennox Browne, pour la discission des amygdales.

fois du côté de l'oreille. Fait plus caractéristique, les malades se plaignent d'expulser de temps en temps, soit par un effort de toux soit au moment d'un simple raclement de l'arrière-gorge, de petites concrétions gris jaunâtre, ressemblant tout à fait à du fromage blanc ayant la forme d'une petite perle, ou d'un cube, dont le volume est variable (grain de chènevis ou même petit pois). Ces matières s'écrasent facilement et répandent une odeur extrêmement fétide.

A l'examen, on aperçoit, soit des amygdales volumineuses, comme hypertrophiées, qui, pendant les efforts faits par le malade montrent à l'orifice de leurs cryptes une série de ces amas ca-

séeux dont elles sont farcies ; d'autres fois, au contraire, la glande est plutôt atrophiée ; et c'est en appuyant sur le pilier antérieur du voile, en repoussant même ce dernier au dehors, que l'on voit apparaître dans *la loge sus-amygdalienne* ces dépôts caractéristiques. Le stylet ou la curette-mousse, pénétrant dans l'intérieur des lacunes, fait soudre des produits de sécrétion ayant l'aspect que je viens de décrire.

Dans quelques cas plus rares cependant, soit que ces concrétions ne puissent être expulsées spontanément, soit que le malade ne ressente aucune gêne de leur présence dans l'amygdale, elles arrivent à s'incruster de matières calcaires et à former de véritables amygdalolithes dont le volume est extrêmement variable (Voir calculs)

Traitement. — Le seul traitement de l'amygdalite lacunaire bien indiqué par Moritz-Schmidt, consiste, non seulement à évacuer les cryptes des corps étrangers qu'elles contiennent, mais surtout à éviter leur nouvelle formation en débridant à l'aide du bistouri coudé, ou de crochets spéciaux, les travées fibreuses ou conjonctives qui séparent chacune de ces lacunes amygdaliennes. La suppression des différents tractus fait que tous ces culs-de-sac sont réunis en une même et seule cavité, se vidant facilement au dehors, c'est-à-dire débarrassant à jamais le malade de cette affection chronique.

S'il existe de la pseudo-hypertrophie amygdalienne ou des glandes un peu volumineuses, le crochet et le bistouri seront avantageusement remplacés par la pince de Ruault avec laquelle on morcellera l'amygdale.

Il se peut que le pilier antérieur très saillant masque complètement le sommet de l'amygdale dans laquelle s'accumulent les produits caséeux qui sont alors difficilement expulsés. J'ai l'habi-

Fig. 17. — Crochet tranchant et aigu du Dr Ruault

tude, dans ces cas, de sectionner transversalement le pilier sur son bord libre à l'aide du galvanocautère. Les lèvres de cette

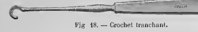


Fig 18. — Crochet tranchant.

incision s'écartant aussitôt forment un > couché à sommet en dehors qui découvre dans sa partie ouverte le fond de l'amyg-

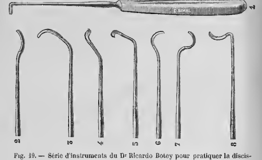


Fig. 19. — Série d'instruments du Dr Ricardo Botey pour pratiquer la discision ou l'ouverture des amygdales.

dale et permet de discisser ou d'enlever les cryptes profondes qui se trouvent souvent dans cette région.

DE L'AMYGDALITE LACUNAIRE ENKYSTÉE

L'amygdalite lacunaire enkystée fait en quelque sorte la suite de l'amygdalite caséeuse. Elle est caractérisée en effet par la rétention avec enkystement, dans les cryptes de l'amygdale des produits de sécrétion de cette dernière

Étiologie. — Les causes habituelles de cette affection sont les inflammations répétées de la glande amygdalienne et très probablement aussi la disposition spéciale de certaines cryptes profondes avec un orifice très étroit.

Symptômes. — Sous l'influence de l'occlusion du conduit qui permet aux glandes de l'amygdale d'éliminer leurs produits de sécrétion au dehors, on voit se produire une sorte de tumeur dont le volume varie de la grosseur d'un grain de blé à celui d'une graine de groseille ou même d'une petite cerise. Cette saillie à parois lisses, unies, prend un aspect jaune blanchâtre qui lui donne la plus grande analogie avec les fibromes de cette région. Elle est sensible faisant corps avec le tissu amygdalien sur lequel elle s'implante. Au toucher, elle est dure, ayant la consistance d'une poche fortement tendue. Ces sortes de productions morbides occupent habituellement le pôle supérieur de l'amygdale (recessus épi-amygdalien). On peut les rencontrer cependant vers la partie moyenne et même dans la région inférieure où rarement elles atteignent un volume aussi considérable que dans le haut de cette glande, très probablement à cause des frottements incessants de cette région qui ne permettent pas à ces rétentions kystiques de prendre un volume excessif. En effet, la poche souvent comprimée se perfore et vide son contenu avant que la quantité accumulée ait pris un certain développement.

On retrouve ces mêmes saillies avec un volume bien moindre, dans les cryptes de l'amygdale linguale. Nous savons aussi qu'elles existent dans l'amygdale naso-pharyngienne, au milieu du tissu adénoïde qui recouvre cette région. Elles ont même été décrites autrefois par Thornwald, à ce niveau, sous le nom de kystes de la bourse pharyngienne.

Les symptômes fonctionnels que déterminent ces sortes de néoplasmes sont pour ainsi dire nuls. Tout au plus certains malades se plaignent-ils d'une sensation de picotement ou plutôt d'inflammation répétée de l'arrière-gorge. En général, c'est à l'occasion d'un examen de cette région que l'on aperçoit ces

saillies gris jaunâtre que l'on est assez tenté de prendre pour un abcès, alors qu'il s'agit en réalité d'un pseudo-kyste par rétention glandulaire.

Ceux de la base de la langue ne se voient bien entendu que pendant l'examen laryngoscopique ou en déprimant fortement cet organe.

Anatomie pathologique. — Lorsqu'on ouvre ces poches, on trouve soit de la matière qui semble purulente, soit une sorte de purée

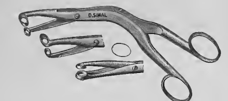


Fig. 20 — Pince emporte-pièce, pour le côté droit, pour le côté gauche et droite.

gris jaunâtre, caséeuse, ressemblant au contenu des kystes sébacés. Ces amas sont formés de débris épithéliaux, et de leucocytes (Brindel), mais leur culture reste absolument stérile.

C'est de l'infection de la poche et de sa rupture inflammatoire que proviennent la plupart de ces ulcères cratériformes de l'amygdale que j'ai désignés sous le nom d'amygdalite lacunaire ulcéreuse (Voir page 37).

Traitement. — Le traitement consiste simplement à ouvrir cette sorte de kyste au galvanocautère, puis à évider la cavité avec une curette et au besoin à badigeonner le fond avec une solution de chlorure de zinc au 1/20 ou au 1/30. Le plus simple est encore de les prendre dans les mors d'une petite pince de Ruault ou de Martin et de les écraser, en supprimant ainsi du même coup

la plus grande partie de l'enveloppe et son contenu. Parfois même on emporte un peu du contenant, c'est-à-dire de l'amygdale sur laquelle s'était développée cette saillie morbide.

Un léger badigeonnage de la région atteinte, au chlorure de zinc suffit pour terminer la cure. Si le malade éprouvait ensuite quelques douleurs, on pourrait prescrire un gargarisme alcalin, tout comme s'il s'agissait d'une amygdalite catharrale aiguë simple.

MYCOSIS

Définition. — On désigne sous le nom de mycosis l'existence à la surface des follicules clos qui tapissent l'arrière-gorge (amygdales, pharynx, amygdales linguales, etc.) de petites touffes blanchâtres essentiellement constituées par le leptothrix buccalis.

Étiologie. — Étudié pour la première fois par B. Fränkel et plus tard par Gumbiner et surtout par Hering, Bayer, etc., le mycosis de l'arrière-gorge est une maladie extrêmement fréquente, sur la pathogénie de laquelle nous n'avons encore que des données très vagues. Il apparaît ordinairement chez les adolescents et les adultes. Toutefois, comme Escat, je l'ai rencontré chez de jeunes enfants (cinq à huit ans). Si l'étiologie de la mycose pharyngienne est obscure, par contre, on est parfaitement fixé sur la constitution de ses éléments parasitaires dont il est très facile de déceler la nature en discissant quelques-unes de ces touffes sous le microscope, après les avoir imprégnées d'une solution de teinture d'iode.

Symptômes. — Les symptômes fonctionnels sont très variables et ressemblent parfois à ceux de l'amygdalite lacunaire; tantôt le malade éprouve une sensation de rudesse; il se plaint d'avoir la bouche comme s'il avait mangé des artichauts crus, tandis que dans d'autres cas, les symptômes sont à peu près nuls; c'est en examinant la gorge que par hasard on découvre sur les amygdales ou sur d'autres follicules clos de l'arrière-gorge, des saillies

blanches, jaunâtres, ayant la forme de petites excroissances diphtéroïdes, disposées en petites touffes débordant le tissu sous-jacent de un ou de plusieurs millimètres. Elles sont adhérentes au tissu qui les supporte et offrent au toucher une résistance cornée. Très souvent les badigeonnages les plus énergiques faits avec le pinceau ou le porte-ouate imprégnés de n'importe quelle solution sont insuffisants pour détacher les parties encore adhérentes à la muqueuse.



Fig. 21. — Aspect des amygdales recouvertes de touffes isolées de mycosis.

La saillie de ces sécrétions blanchâtres à bords frangés et irréguliers à la surface de la muqueuse, leur adhérence intime avec elle, sont les éléments de diagnostic importants qui permettent de les distinguer des sécrétions caséeuses et des exsudats diphtéroïdes ou autres, pouvant venir se greffer sur les glandes amygdaliennes. Ces touffes sont généralement assez confluentes sur les amygdales, plus discrètes mais très saillantes sur la base de la langue ou sur le pharynx, elles sont ordinairement rares dans le naso-pharynx. La muqueuse sur laquelle elles reposent n'est ni rouge, ni enflammée. Il n'existe aucun signe d'infection locale ou générale. La durée de l'affection toujours chronique, peut être de plusieurs mois, et même plusieurs années, si elle est abandonnée à elle-même.

La ténacité du mycosis de l'arrière-gorge en général et de celui des amygdales en particulier s'explique à mon sens, par ce fait que les touffes partent généralement du fond des cryptes et ne viennent saillir que peu à peu à la surface des follicules clos. La pince qui les enlève les coupe dans les tissus, mais ne les

déracine pas complètement, ce qui fait qu'à l'exemple du chiendent, les branches du mycosis résistent à l'éradication superficielle. C'est seulement après un véritable morcellement de l'amygdale atteinte, après écouvillonnages fréquents que l'on arrive à rendre la région stérile et que l'on guérit les malades porteurs de cette singulière affection que trop souvent on confond avec une amygdalite plus grave ulcéreuse ou même diphtérique, au moins dans les cas diffus et rebelles.

Traitement. — On a préconisé, pour détruire le mycosis de l'arrière-gorge, toute une série de traitements tous efficaces, a-t-on dit, cela va sans dire ; toutefois, celui qui a donné jusqu'à ce jour les meilleurs résultats, c'est sans contredit encore l'épilation faite avec une pince *ad hoc*. Il est bon de faire ensuite un badigeonnage au chlorure de zinc au 1/15 puis immédiatement après un nouveau badigeonnage avec solution iodée au 1/5, ces deux produits combinés peuvent, dans quelques cas, imprégner les touffes de mycosis et aider à leur flétrissure.

Je prescris habituellement un gargarisme iodé qui, employé pur, sert tous les jours au malade à se faire badigeonner les parties atteintes pour faciliter la chute des touffes superficielles, les moins adhérentes.

D'autres fois, c'est à l'acide chromique (Wagnier) au galvanocautère qu'il faut donner la préférence, car l'affection, bien que locale, est dans certains cas, d'une ténacité désespérante. Il faut s'armer de patience et suivre assez longtemps son malade pour s'assurer qu'on a obtenu un résultat définitif. Il est bon de dire, toutefois, que l'affection n'est pas grave, qu'elle constitue seulement une gêne pour le sujet qui en est porteur et qu'une fois disparue elle n'a plus de tendance à reparaître.

CORPS ÉTRANGERS DES AMYGDALES, CALCULS

Les amygdales, par leur siège et surtout leur disposition anfractueuse deviennent assez fréquemment le réceptacle de corps étrangers venus du dehors.

Étiologie. — Ce sont généralement des corps acérés (arêtes, épingles, fragments d'os) qui, mal déglutis, viennent se fixer sur ces glandes. D'autres fois le corps étranger est né dans l'épaisseur de l'amygdale elle-même ; à cette classe appartiennent les calculs amygdaliens rencontrés chez les sujets à amygdales volumineuses munies de cryptes profondes. On voit succéder des calculs, soit à l'amygdalite lacunaire, soit à une simple amygdalite chronique, par suite du dépôt de parcelles alimentaires ou de desquamation cellulaire s'incrustant de matières calcaires.

Les calculs amygdaliens ont généralement une composition à peu près identique, ils sont en grande partie composés de phosphate ou de carbonate de chaux. Voici le résultat de l'examen chimique d'un calcul extrait de l'amygdale d'un de mes malades :

Carbonate de chaux	4,10 gr.
Phosphate de chaux	66,80 »
Phosphate de magnésie.	4,15 »
Matières organiques	16,95 »
Eau	8,70 »

En résumé, les amygdalolithes ont à peu près la même structure chimique que les formations salivaires analogues.

Symptômes. — L'existence d'un corps étranger dans la gorge, surtout lorsqu'il est acéré, se traduit habituellement par une irritation plus ou moins considérable, une sensation de piqûre ou de brûlure et une gêne de la déglutition à vide et des aliments, gêne d'autant plus marquée que le corps est plus volumineux et plus enfoncé dans l'épaisseur de la glande.

Par contre, les symptômes déterminés par l'existence d'un calcul peuvent être à peu près nuls, ou ne se manifester que de temps à autre par des sensations de gêne, de picotement à l'arrière-gorge, qui n'ont rien de caractéristique. A l'examen s'il s'agit d'un corps étranger, le signe important est la localisation exacte et fixe de la douleur à un point de l'amygdale sans que jamais la partie douloureuse se déplace. Très souvent, l'examen direct permet, avec un bon éclairage, de reconnaître la présence du corps du délit. Toutefois, il faut bien dire que si les arêtes sont de petit

volume, profondément enfoncées dans l'épaisseur de la glande, et faisant très peu de saillie à la surface, il faut parfois un examan minutieux pour arriver à déceler leur présence.

Quant aux calculs, c'est plutôt à l'aide du stylet ou de la curette que l'on a la sensation de la dureté, de l'irrégularité et de la nature du corps étranger contenu dans la crypte ainsi explorée.

Diagnostic. — Dans les cas de corps étrangers venus du dehors l'existence de la douleur en un point fixe ne se déplaçant pas, constitue un élément précieux de diagnostic; il va sans dire que la vue du corps du délit est encore le seul moyen d'affirmer sa présence et, par conséquent, d'indiquer le traitement à appliquer.

Pour ce qui concerne les calculs, il est rare qu'avec un examen un peu approfondi de son malade, on puisse les confondre, soit avec une amygdalite lacunaire simple, soit avec une hypertrophie chronique de la glande, soit encore avec des exsudats inflammatoires. Quant à savoir s'il existe un ou plusieurs calculs, ou si ce dernier est fragmenté, c'est au moment de son extraction seulement qu'on pourra établir cette partie du diagnostic, peu importante du reste.

Pronostic. — Le pronostic est généralement bénin. Il faut se rappeler seulement que les corps étrangers venus du dehors, ou les calculs, peuvent être le point de départ d'infections secondaires (amygdalites aiguës ou chroniques, phlegmons amygdaliens même) impossible à guérir, si l'on ne connait pas la cause qu'il faut supprimer à tout prix.

Traitement. — Le traitement consiste, dans les cas de corps étranger, à l'enlever à l'aide d'un instrument approprié. S'il s'agit au contraire de calcul, l'ouverture de la crypte dans laquelle il est contenu, avec le crochet ou le bistouri coudé, voire même avec la pince à morcellement, parfois le simple évidement de l'amygdale avec la curette, suffisent pour guérir le malade de son affection. Il faut se garder d'employer l'igni-puncture qui, créant des synéchies cicatricielles risquerait de faciliter une nouvelle production calculeuse.

L'ouverture large de l'amygdale s'impose au contraire, c'est à elle qu'il faut avoir recours pour soulager d'abord, puis débarrasser définitivement les amygdales de ces formations calculeuses.

ANGINES TUBERCULEUSES

Définition. — Sous ce nom on désigne une localisation de l'infection tuberculeuse à l'arrière-gorge, soit d'une manière aiguë (tuberculose miliaire aiguë), ou chronique (formes œdémateuse, lupique, hypertrophique ou latente).

Étiologie. — L'envahissement de l'arrière-gorge par le bacille tuberculeux, quelquefois primitif (forme lupique ou hypertrophique) est généralement secondaire, c'est-à-dire qu'on l'observe le plus souvent chez des tuberculeux avérés et très fréquemment même chez les phtisiques ayant des lésions laryngées assez avancées. On peut en effet considérer comme de véritables exceptions (sauf dans les formes lupiques) les cas dans lesquels la manifestation tuberculeuse a été constatée du côté de l'arrière-gorge, sans que l'examen du poumon et du larynx ait révélé des lésions analogues du côté de ces organes.

L'affection est plus fréquente à l'âge adulte que chez le vieillard et chez l'enfant. Je l'ai cependant observée chez des vieillards de soixante-quatorze et soixante-seize ans et chez des enfants de sept à dix ans. Escat en a rapporté un cas chez une fillette de huit ans.

Rosenberg dit en outre que cette manifestation est plus fréquente chez l'homme que chez la femme ; ma pratique confirme cette manière de voir.

Pour plus de clarté, nous décrirons successivement les quatre formes de tuberculose mentionnées dans le titre de ce chapitre.

1. — Tuberculose miliaire aigue

Symptomes. — Le symptôme le plus marquant de la localisation tuberculeuse aiguë à l'arrière-gorge est sans contredit la douleur

toujours considérable et sur laquelle Isambert et Barth ont, depuis de longues années déjà appelé l'attention. C'est le premier signe qui attire aussi l'attention du malade et le détermine à faire examiner sa gorge. Ces douleurs ne sont pas seulement localisées à l'arrière-gorge, elles retentissent presque toujours du côté de l'oreille et sont surtout prononcées au moment de la déglutition. Le mouvement d'avaler à vide est difficile, les liquides sont déglutis avec peine; parmi ces derniers nous devons signaler d'abord la salive, puis un liquide que l'on serait très porté à leur prescrire, le lait De même le bouillon et le jus de viande déterminent habituellement de vives douleurs.

Il n'est pas rare de constater également dans les formes avancées, du reflux des liquides par le nez, au moment de la déglutition. Ce symptôme est dû à l'impotence fonctionnelle du voile palatin dont les muscles se trouvent en partie immobilisés par l'infiltration de la muqueuse qui le recouvre.

Par le même fait, la voix est naturellement altérée dans son timbre; elle présente, quoique à un degré bien moindre, les troubles que l'on observe au cours de la parésie du voile.

Bosworth a également insisté avec raison sur la difficulté qu'éprouvent ces malades à rejeter les sécrétions muco-purulentes qui s'accumulent dans leur arrière-gorge. Les mouvements d'expuition sont rendus difficiles par l'état douloureux intense et l'impotence fonctionnelle de cette région.

L'adénopathie signalée par quelques auteurs existe rarement; dans tous les cas, elle n'a ici qu'une importance très secondaire; les ganglions sont, en général assez mobiles, plutôt indurés peu ou pas douloureux.

Symptomes objectifs. — L'angine miliaire aiguë peut se manifester sous deux formes principales : ulcéreuse et végétante, qui peuvent, cela va sans dire, se combiner parfois.

A. *Forme ulcéreuse.* — A l'examen objectif, ce qui frappe tout d'abord, c'est la décoloration profonde de tous les tissus de l'arrière-gorge, qui prennent une teinte blafarde, grisâtre et dès le

début apparaît une sorte d'infiltration miliaire pâle, jaunâtre et superficielle qui rapidement prend l'aspect de petites érosions cupuliformes entourées de tissu ramolli, souvent même œdémateux. Bientôt, on voit ces pertes de substance se réunir pour former des cratères ulcéreux à fond grisâtre, dont les bords se perdent peu à peu, sans transition brusque, dans les tissus sains qui sont à leur périphérie. Cependant, il est assez habituel d'apercevoir sur les bords de l'ulcère principal un petit semis jaune grisâtre miliaire, diminuant de plus en plus à mesure que l'on arrive vers les parties saines ou simplement décolorées. Il semble que des mites ont passé dans cette muqueuse pour y tracer des sillons nombreux s'entre-croisant les uns les autres. Ces ulcérations ont des bords infiltrés irréguliers, anfractueux, festonnés sur les piliers. Elles sont multiples et siègent habituellement sur les piliers, la base de la langue et les amygdales (buccales ou linguales). Très souvent même, elles se réunissent aux ulcérations de même nature qui existent sur l'épiglotte ou le voile du palais ; il n'est même pas rare de trouver des ulcérations analogues sur quelques points éloignés de la langue, tiers moyen ou antérieur, et même sur les lèvres. La partie la plus rarement infectée est généralement la paroi médiane du pharynx, la lésion semblant s'arrêter au niveau de l'insertion des piliers postérieurs. Cette région est suppurante, car la salivation est abondante, tant à cause de la lésion locale que de la dysphagie qu'elle occasionne. Telle est la forme aiguë de la tuberculose miliaire.

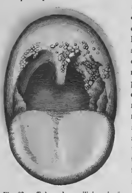


Fig. 22. — Tuberculose miliaire aiguë.

B. *Forme végétante.* — Il existe une autre forme d'ulcération bacillaire plus lente, presque chronique, dans laquelle les symptômes fonctionnels sont peu marqués, bien que la douleur soit assez intense pour attirer l'attention des malades. Ici, les tissus apparaissent comme chagrinés, recouverts d'une large érosion superficielle qui se creuse peu à peu en profondeur, laissant à sa place une surface inégale, végétante même, qui se recouvre parfois de saillies polypiformes, ce qui donne à tous ces tissus l'aspect d'une lésion hypertrophique, alors qu'en réalité il s'agit d'un processus destructif. Ce qui caractérise encore cette ulcération souvent très diffuse, c'est d'abord son siège au niveau du pilier antérieur du voile ou de la base de la langue ; les bords mal délimités, comme frangés, irréguliers, se perdent graduellement dans le tissu non ulcéré. Ces derniers sont néanmoins généralement infiltrés, recouverts de saillies miliaires, sorte de petits nodules gris jaunâtre se détachant sur une muqueuse pâle et décolorée ou à peine rosée.

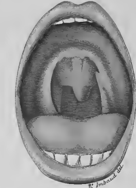


Fig. 23. — Angine tuberculeuse (forme œdémateuse sclérème, p. 96).

Ces deux formes d'angine miliaire sont presque toujours accompagnées ou plutôt précédées d'une laryngite bacillaire à laquelle elles succèdent ; on les observe habituellement chez des tuberculeux pulmonaires avérés. La forme végétante serait presque la transition entre la laryngite miliaire ulcéreuse aiguë et le lupus dont nous allons nous occuper.

II. — Formes chroniques

A. — *Infiltro-œdemateuse.*

A côté des deux formes miliaires qui précèdent on peut décrire une angine subaiguë et même chronique, qui se présente sous l'aspect d'une infiltration diffuse, véritable sclérème de l'arrière-gorge, occupant la luette, le voile du palais avec ses piliers, quelquefois même la paroi postérieure du pharynx et presque toujours l'épiglotte. Ces tissus offrent une coloration pâle, d'un gris jaunâtre ; ils sont durs au toucher, au point que j'ai vu dans certains cas la luette donner au doigt la sensation d'une sorte de fibro-cartilage. A la section, il ne s'écoule, bien entendu, aucune sorte de liquide et les scarifications même profondes, ne parviennent pas à faire disparaître cette sorte d'infiltration sclérémateuse, qui rappelle à s'y méprendre la lésion observée du côté du larynx. J'ai vu cette forme de tuberculose de l'arrière-gorge évoluer avec une lenteur excessive au point de durer plusieurs années, pour arriver même à guérir complètement, sous l'influence d'un traitement régulièrement suivi et appliqué.

En général on voit survenir, particulièrement au printemps et à l'automne, de petites poussées aiguës caractérisées par un peu de gonflement inflammatoire sans que pour cela la muqueuse devienne rouge. Elle se couvre par places de petites érosions superficielles d'aspect blafard, assez douloureuses pour gêner la déglutition, surtout lorsqu'elles occupent l'épiglotte ou le point d'insertion des piliers antérieurs sur la base de la langue.

Suivant que ces poussées se répètent plus ou moins souvent, on a sous les yeux la forme subaiguë ou réellement chronique.

Dans la forme subaiguë les lésions sont un peu plus accentuées, l'œdème un peu plus mou, quoique toujours blanc.

Les *symptômes fonctionnels* consistent surtout en troubles vocaux, nasonnement par raideur ou immobilisation presque complète du voile palatin. Très rarement on observe du reflux des

liquides par le nez, car l'infiltration de cet organe protège probablement le naso-pharynx contre la pénétration des aliments.

La douleur est nulle, ou ne s'observe qu'au moment des poussées aiguës auxquelles j'ai fait allusion plus haut; elle se produit surtout au moment de la déglutition à vide ou de certains aliments, bouillon, jus de viande, etc.

Habituellement, l'état général se maintient assez bon au point qu'on serait tenté de rattacher cette angine à toute autre cause que de la bacillose. C'est dans des cas douteux de ce genre que j'ai eu l'occasion de réséquer, soit une partie de la luette, soit une portion du tissu malade, pour en faire pratiquer l'examen bioxique, lequel m'a toujours révélé la nature bacillaire très nette et très caractéristique de ces lésions.

B. — *Lupus*.

Symptomatologie. — Le lupus de l'arrière-gorge est loin d'être une affection rare. Quelquefois primitif, il s'observe le plus souvent en même temps qu'une lésion analogue de la peau, des fosses nasales, du larynx et des gencives.

On peut même voir le lupus succéder à un coryza purulent pseudo-atrophique, véritable catarrhe bacillaire, dans lequel il n'existe ni ulcération, ni érosion de la pituitaire. On sait, en effet, depuis ces dernières années, grâce aux travaux de MM. W. Dubreuilh, Meneau et Frèche, que le lupus cutané est, dans la plupart des cas, secondaire à une affection identique des fosses nasales. Cependant, ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de le constater avec mon confrère, le Dr W. Dubreuilh, certains lupus de la peau ne sont pas accompagnés dans les fosses nasales des signes cliniques caractéristiques de cette affection. Par contre, on observe presque toujours chez les lupiques cutanés une sorte de coryza pseudo-atrophique à croûtes jaunâtres, pâles, non odorantes, avec sécrétion purulente ou muco-purulente, que je serais assez disposé à considérer comme une sorte de catarrhe bacillaire pré-lupique, susceptible de favoriser non seulement l'éclosion du lupus à la peau, mais aussi sur les muqueuses de l'arrière-gorge. Cette

hypothèse est encore très difficile à vérifier, par les moyens d'investigations dont nous disposons, car les examens bioxiques ou bactériologiques faits par mon ancien aide de clinique, le Dr Liaras, n'ont pu démontrer d'une façon positive, l'existence, soit du bacille, soit d'un tissu tuberculeux dans ces sortes d'inflammations de la pituitaire. Les inoculations elles-mêmes ont été la plupart du temps négatives. Ce fait en lui-même n'est pas très extraordinaire, étant donné que même avec du tissu lupique, il n'est pas toujours possible d'avoir des inoculations probantes, pas plus qu'il n'est facile dans les coupes faites sur ce tissu pathologique de retrouver les bacilles de Koch.

Il n'est pas exceptionnel d'observer le lupus de la gorge isolément. Dans tous les cas, il se traduit par un appareil symptomatique fonctionnel assez peu prononcé. La douleur est à peu près nulle ; à peine existe-t-il une gène légère à la déglutition ; la salive ainsi que les aliments irritants, même le vin passent assez aisément. Quelquefois cependant, j'ai observé une sensation de brûlure avec un peu de dysphagie ; ces troubles fonctionnels apparaissent principalement aux moments où se font les poussées aiguës. Assez souvent, malgré une lésion locale très prononcée, les symptômes généraux font absolument défaut, ainsi que les lésions pulmonaires appréciables à la percussion ou à l'auscultation.

Symptômes locaux. — Rarement localisé à l'amygdale, le lupus de l'arrière-gorge envahit de préférence les parties latérales de la gorge, les piliers, le voile, les amygdales et la base de la langue. Ici, la coloration générale de la muqueuse est normale, le tissu atteint est, au début, parsemé de petites granulations rougeâtres reposant sur une muqueuse infiltrée. Cette dernière est rouge, rosée, ramollie. Bien des fois, c'est à peine s'il est possible de voir, même à un examen attentif et avec un bon éclairage, le point où commence la dégénérescence lupique et celui où finit la muqueuse saine ; c'est dire que les bords sont de forme irrégulière, frangés, mais peu nets ; les excroissances rougeâtres allant peu à peu en diminuant de volume, à mesure que l'on arrive vers

la muqueuse saine. Le centre de la région atteinte est souvent ulcéré, recouvert de sécrétion grisâtre en général peu abondante; sur les parois latérales du pharynx, les piliers sont irréguliers, mamelonnés, mûriformes, plutôt décolorés que rouges. Le lupus revêt ici l'aspect qu'il a dans les fosses nasales, sur les gencives et même, on peut le dire, sur la peau. C'est de la tuberculose pseudo-hypertrophique. Il est facile de se rendre compte par le grattage combien ces altérations superficielles en apparence, sont au contraire profondes et destructives.

Comme l'affection procède habituellement par poussées successives, on observe très souvent des cordons blanchâtres cicatriciels tendus de haut en bas, soit sur la paroi pharyngienne qu'ils sillonnent, soit sur les piliers postérieurs. Ces sortes de cicatrices pâles, d'un jaune terne, grisâtres, se recouvrent de temps à autre de petites ulcérations grisâtres, irrégulières, à bords peu nets, généralement assez douloureuses. Ces poussées inflammatoires sont plus communes au printemps et à l'automne, je les ai vues chez quelques jeunes sujets apparaître régulièrement pendant plusieurs années consécutives Elles laissent à leur place de petites cicatrices nodulaires pâles et rétractiles, dont la figure ci-jointe donne une idée assez exacte.

On retrouve ordinairement ces mêmes altérations sur la base de la langue, la voûte palatine, l'épiglotte et même l'organe vocal tout entier. Le vestibule laryngien échappe rarement à l'infection.

C. — *Forme hypertrophique.*

Je désignerai ainsi les pseudo-hypertrophies amygdaliennes sur lesquelles le professeur Dieulafoy a récemment appelé l'attention. Ici, pas de symptômes fonctionnels locaux, on se croit en présence d'une simple hypertrophie amygdalienne et c'est seulement à l'examen histologique que l'on rencontre des noyaux tuberculeux avec points caséeux, cellules géantes et bacilles de J Koch. Le sujet porteur de pareille lésion est habituellement un enfant d'aspect sain, n'ayant souvent aucun antécédent héréditaire ou morbide.

Cette altération assez rare, ainsi que nous avons eu l'occasion de le constater à la clinique de la Faculté (recherches du Dr Brindel) ne prouve nullement que ces malades soient plus portés que d'autres à avoir des foyers de tuberculose à distance, car ces noyaux de tuberculose larvée peuvent s'entourer d'une zone de sclérose et guérir par eux-mêmes. Toutefois, il est bon d'en connaître l'existence, parce qu'il peut se faire également que les ganglions du voisinage, le poumon, les articulations, ou telle autre région éloignée de l'arrière-gorge soient envahis à leur tour par la généralisation de ce foyer primitif.

Marche. Durée. Terminaison. — Dans la *tuberculose miliaire aiguë*, la marche de la maladie est généralement assez rapide, comme le malade est habituellement cachectisé, qu'il a la fièvre, qu'en un mot l'organisme est profondément infecté, on peut considérer la lésion gutturale comme le stade ultime de l'affection tuberculeuse. C'est par semaine ou par mois qu'il faut compter pour voir le dénoûment fatal se produire ; on peut dire que jamais la tuberculose miliaire aiguë de l'arrière-gorge ne guérit. Bien plus, par la dysphagie qu'elle entraîne presque fatalement elle précipite le dénoûment fatal.



Entre cette angine miliaire aiguë, et le lupus, il y a place, au point de vue de la marche de l'affection, pour une forme subaiguë dans laquelle les lésions évoluent avec moins de rapidité que dans le premier cas, et moins de lenteur que dans le second ; c'est le type décrit sous le nom de forme végétante. Ici les symptômes fonctionnels tiennent de l'une et de l'autre manifestation, ils sont un peu moins marqués que dans la tuberculose aiguë et la déchéance de l'état général est par conséquent moins rapide.

La forme œdémateuse chronique sclérémateuse et *le lupus*, ont une allure beaucoup plus lente ; c'est habituellement par poussées successives qu'ils procèdent. Sous l'influence d'un traitement local et général bien dirigé, il est possible de voir rétrocéder les lésions et le bacillaire guérir au moins pendant quelque temps de sa tuberculose locale. C'est ainsi que chez quelques malades,

les poussées lupiques se font chaque année au printemps ou à l'automne, ou même une seule fois par an, sous une forme très limitée. Ces manifestations rétrocèdent en l'espace de quelques semaines ou quelques mois, si le traitement est appliqué de bonne heure. La lésion laisse généralement après elle une série de cicatrices fibreuses que j'ai vues parfois aller jusqu'à produire le rétrécissement de l'orifice naso-pharyngien.

Dans la *forme hypertrophique*, nous ne pouvons rien dire de la marche de la maladie, pas plus que de sa durée, puisque cette tuberculose n'est souvent reconnue qu'à l'examen histologique de l'amygdale enlevée pour parer aux troubles que détermine son hypertrophie. Il est permis de supposer que si on laissait ces glandes tuméfiées aux enfants qui en sont porteurs, elles pourraient devenir le point de départ d'infections locales d'abord peut-être susceptibles de se généraliser.

Pronostic. — Il ressort des considérations précédentes. Très grave dans certains cas, il s'atténue considérablement dans d'autres, car il dépend surtout du degré d'infection générale du sujet, de la forme et de la marche de la maladie.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique de la tuberculose de l'arrière-gorge ne diffère en rien de celle des autres régions, sauf que les bacilles de Koch, assez faciles à déceler dans les angines miliaires aiguës ou subaiguës, sont au contraire beaucoup plus rares, presque exceptionnels, on peut le dire, dans les formes chroniques, ce qui n'a rien de surprenant, étant donné ce que nous savons sur cette tuberculose atténuée.

Diagnostic. — La tuberculose miliaire aiguë ne saurait être confondue avec aucune autre altération ulcéreuse de cette région. En effet, la co-existence de lésions pulmonaires et laryngées, les troubles fonctionnels, l'aspect des lésions et du malade suffisent en général pour permettre d'établir le diagnostic ; le muguet, les aphtes, les angines à fausses membranes et, d'une façon générale, les angines aiguës, s'en distinguent par leurs symptômes généraux et surtout leur marche et leur durée

Quant au lupus, nous aurons à le distinguer de l'ulcère syphilitique avec lequel il peut avoir certaines ressemblances. La co-existence de lésions cutanées nasales ou buccales analogues, sera déjà un premier élément de diagnostic dont il faudra savoir tenir compte. Si l'affection est localisée à l'arrière-gorge et débute en ce point, la durée de la maladie permettra quelquefois de fixer un diagnostic hésitant. Le lupus est une affection essentiellement chronique ; la syphilis, au contraire, est une lésion destructive, à allure assez rapide si un traitement approprié ne vient l'enrayer. La syphilis aime particulièrement la paroi pharyngienne proprement dite ; le lupus, au contraire, les parties latérales de de la gorge. Dans la syphilis, l'ulcère est cratériforme avec des bords saillants, rouges, anfractueux, taillés à pic, se distinguant d'une façon très nette des tissus voisins ; le fond de l'ulcère est grisâtre, suppurant et de forme serpigineuse. Dans le lupus, au contraire, les bords sont mal dessinés, l'ulcère est plutôt en surface et comme recouvert de fongosités d'aspect rose, à bords mal limités ; les ulcérations sont multiples, quelquefois séparées par du tissu sain. Elles sont peu douloureuses, mal localisées, plutôt diffuses. La douleur, à peu près nulle dans le lupus, est généralement plus marquée dans l'ulcération syphilitique ; en cas d'hésitation, le traitement spécifique aura bien vite levé tous les doutes.

Plus difficile serait le diagnostic d'une lésion lupique évoluant chez un syphilitique, car cette sorte d'hybridité donnerait à la lésion un aspect peu caractéristique et il pourrait être difficile, dans certains cas, de faire la part de ces deux infections.

Il ne faut pas compter en effet sur l'interrogatoire du malade qui, la plupart du temps, risque d'induire en erreur. En effet, si le malade avoue avoir eu la syphilis, le praticien a toujours tendance à attribuer la manifestation ulcéreuse à cette infection, alors même qu'il s'agit d'un lupus tuberculeux très net dans lequel la syphilis n'entre pour aucune part. Par contre, l'affirmation contraire du malade n'implique pas toujours l'absence d'une syphilis antérieure, car dans les cas d'hérédo-syphilis, par exemple, le malade (la plupart du temps adolescent) ignore ses antécédents héréditaires. Ainsi s'explique, du reste, comment

certains lupus, en apparence tuberculeux, sont améliorés, sinon guéris par le traitement spécifique et, dans tous les cas, par le traitement iodé appliqué *intus* et *extra*.

Quant aux ulcérations des fièvres éruptives, la co-existence ou la pré-existence d'une pyrexie de ce genre permettrait d'établir la nature de la lésion.

Dans le cancer de l'arrière-gorge enfin, existe une véritable tumeur bourgeonnante à bords indurés immobilisant une partie de la région, et amenant très rapidement cette adénopathie caractéristique avec fétidité de l'haleine, qui ne permet guère une longue hésitation. Dans un cas douteux, ou difficile, la marche de la maladie déterminerait la nature réelle du processus morbide.

Traitement. — Dans la forme miliaire aiguë, le traitement doit se borner à calmer la dysphagie douloureuse qui constitue le symptôme prédominant de l'affection, malheureusement, la plupart des moyens dont nous disposons échouent en pareil cas. Ni la morphine, ni la cocaïne, ni l'orthoforme n'arrivent à calmer les douleurs intolérables qu'éprouvent ces malheureux tuberculeux au moment de la déglutition des aliments même les plus doux en apparence. Toutefois, comme il faut lutter encore et lutter toujours, on prescrira des lavages répétés de l'arrière-gorge avec des solutions alcalines : borate ou benzoate de soude et antipyrine, etc., comme ci-après :

Solution avec :

Benzoate de soude de benjoin. . . .	8 grammes
Résorcine	6 »
Antipyrine.	4 »
Glycérine neutre.	250 »

Une cuillerée à café par demi-verre d'eau tiède ou un peu chaude.

On formulera également des pulvérisations avec :

Acide phénique floconneux	60 centigrammes
Chlorhydrate de morphine	25 à 50 centigrammes
Chlorhydrate de cocaïne	50 centigr. à 1 gramme
Menthol.	1 gramme
Glycérine.	50 »
Eau distillée	450 »

Dissolvez le menthol dans un peu d'alcool et filtrez la solution pour enlever l'excès de menthol qui ne peut être dissous.

On peut encore, dans des formes un peu moins douloureuses, essayer la solution avec :

Antipyrine. . . . . }	àà 5 grammes
Bromure de sodium. . . . . }	
Chlorhydrate de cocaïne	50 centigrammes
Glycérine	50 grammes
Alcool de menthe.	5 »
Eau	450 »

Ces pulvérisations devront être faites trois ou quatre fois par jour, au moment des repas. Il faut avoir soin de recommander au malade de se rincer la bouche avec un peu d'eau alcaline, avant d'introduire des aliments, de manière à ne pas faire pénétrer dans son estomac trop de substances anesthésiques, ce qui aurait l'inconvénient grave de diminuer encore un appétit déjà compromis.

De même on pourra essayer, si on a le malade sous la main, des badigeonnages avec des collutoires alcalins, par exemple :

Borate de soude.	àà 3 grammes
Chlorhydrate de cocaïne	1 »
Eau de laurier-cerise . . . . . . }	àà 15 »
Glycérine . . . . }	

Les solutions d'huile mentholée au dixième, recommandées par Rosenberg, sont parfois des calmants qu'il est bon d'employer.

Les pulvérisations d'éther iodoformé recommandées autrefois par Gouguenheim et Schiffers, constituent également un topique qu'il faudra savoir utiliser à l'occasion.

De même, après avoir détergé la surface ulcéreuse, on insufflera dans la gorge une poudre composée comme suit :

Orthoforme et diodoforme	àà 5 grammes
Menthol.	1 »

Ou bien encore :

Chlorhydrate de cocaïne	. . . . . .	60 centigr. à 1 gramme
Chlorhydrate de morphine	. . . . .	10 centigrammes
Menthol	. . . .	1 gramme
Iodoforme } pulvérisés	. . . . .	ââ 8 »
Acide borique		

Insuffler une pincée de cette poudre une ou deux fois par jour dans le fond de la gorge.

Telles sont une série de formules qui, suivant les cas, seront susceptibles de produire une certaine amélioration des symptômes douloureux et d'aider l'ulcération à se cicatriser. Si l'on obtenait un résultat favorable, on pourrait de temps à autre pratiquer soit un grattage léger de la surface ulcérée, soit un badigeonnage avec la glycérine phéniquée au dixième ou au cinquième, ou même au tiers, ou l'acide lactique, si vanté contre la tuberculose du larynx par Krause et Hering



Fig. 24. — Cautères stérilisables à recouvrement métallique.

Dans les formes *lupiques* ou subaiguës, nous sommes, au contraire, beaucoup mieux armés. On peut dire que si le traitement est bien appliqué, le succès est à peu près certain. Il convient, dès que le diagnostic est posé, de curetter énergiquement toute la partie malade, de manière à supprimer les bourgeons de muqueuse ramollie et bourgeonnante. Ceci fait, on cautérise la surface ainsi cruentée, soit avec une solution d'acide lactique au tiers, à moitié ou même pur, soit à la glycérine phéniquée, ou avec le galvano-cautère appliqué légèrement.

Les cautérisations galvaniques sous forme de pointes de feu sont un excellent moyen d'obtenir la sclérose cicatricielle des

altérations lupiques de l'arrière-gorge et, par conséquent, de favoriser leur guérison.

Une fois la lésion locale guérie, il est bon de surveiller de temps à autre les malades pour s'assurer qu'ils ne font pas de récidive, soit sur les points déjà atteints, soit à distance, dans la bouche, sur les lèvres, la base de la langue ou le larynx.

Le traitement local de l'angine tuberculeuse infiltro-œdémateuse consistera pendant les poussées aiguës en gargarismes émollients ou légèrement astringents (voir angine tuberculeuse ordinaire). A la période chronique, sclérémateuse, je recommande de préférence les pointes de feu appliquées dans l'épaisseur même du tissu, tous les quinze à vingt jours, suivant l'action locale produite. La pointe galvanique fine doit être enfoncée de un centimètre à un centimètre et demi environ dans la profondeur des parties atteintes, de manière à former là une sorte de tissu cicatriciel autour de la brûlure.

Par ce traitement auquel on pourra ajouter quelquefois la résection pure et simple des portions infiltrées à la pince coupante ou autre instrument de ce genre, j'ai vu la lésion rétrocéder peu à peu. Il ne restait à la suite qu'une sorte d'épaississement diffus et pâle de la portion qui avait été atteinte. Il va sans dire que les malades de ces sortes de lésions doivent être surveillés pendant des mois et des années, de façon à s'assurer qu'il ne se produit pas de récidive et surtout que les voies aériennes profondes ou d'autres organes ne subissent pas l'infection bacillaire.

Le traitement général devra être l'accompagnement obligé de toutes ces médications locales. Il ne diffère en rien de celui de la tuberculose vulgaire; dans les cas *aigus*, la cure d'air, de repos et de suralimentation; dans les formes *lupiques* ou subaiguës, c'est aux toniques en général et à tout ce qui peut reconstituer l'organisme, qu'il faut donner la préférence. Toutefois, il est bon de noter que certains malades atteints de lupus se trouvent fort bien d'une médication iodée administrée à l'intérieur avec précaution; de même l'huile de foie de morue à haute dose, si elle est bien tolérée et digérée par l'estomac, constitue pendant l'hiver un excellent aliment.

Le lupus une fois guéri laisse ordinairement après lui de petites traînées cicatricielles blanchâtres ; quelquefois même lorsque le pilier postérieur a été atteint, il se produit un léger rétrécissement concentrique de l'isthme du naso-pharynx. Très rarement ces sortes de sténoses sont assez considérables pour empêcher toute communication du naso-pharynx avec l'arrière-gorge, comme le font les lésions syphilitiques cicatrisées. J'ai cependant observé le fait dans quelques formes graves, récidivantes et diffuses, de lupus du pharynx.

Si l'on se trouvait en présence d'un cas hybride, tuberculose et syphilis, on devrait administrer le traitement spécifique avec précaution ; cependant, il faudrait attendre le résultat de cette médication avant de faire le traitement local énergique que nous venons d'indiquer.

La forme hypertrophique sera traitée comme une simple hypertrophie des amygdales. (Voir p. 122).

SYPHILIS DE L'ARRIÈRE-GORGE

On désigne sous ce nom les manifestations qui se produisent au cours de l'infection syphilitique, pendant la période primitive, secondaire ou tertiaire, sur la muqueuse de l'arrière-gorge.

I. **Chancre.** — L'accident initial occupe généralement l'amygdale. Peut-être plus fréquent qu'on ne l'a pensé autrefois, il est ordinairement la conséquence d'une inoculation directe : mamelon de la nourrice, ustensiles malpropres, manœuvres contre nature, etc. L'existence d'une inflammation aiguë de l'amygdale favorisent le plus souvent le contage. Le chancre peut, ainsi que l'a dit Fournier, revêtir soit l'aspect angineux, érosif ou ulcéreux. Toutefois, chacune de ces formes présente des caractères communs dont les principaux sont la tuméfaction considérable de la glande infectée qui souvent triplée ou quadruplée de volume s'avance vers la ligne médiane, souvent aussi jusqu'auprès de la luette. L'amygdale présente un aspect rouge enflammé, induré au toucher, sans être toutefois douloureuse. On observe en même

temps, au niveau de l'angle de la mâchoire, une série de ganglions notablement tuméfiés, dont l'*un est toujours plus volumineux que les autres*. Ces ganglions sont indolores, mobiles, indurés et nombreux ; souvent même, ils sont perceptibles à l'œil nu ; il semble que le malade est porteur d'un oreillon unilatéral ; la peau a du reste conservé comme d'usage sa couleur et sa mobilité normales.

Dans *la forme angineuse*, le chancre peut s'annoncer par une réaction inflammatoire intense avec dysphagie, fièvre, en un mot tout le cortège d'une amygdalite aiguë. L'apparition de ces symptômes et l'existence de dépôts pultacés à la surface du tissu enflammé font souvent éloigner tout d'abord l'hypothèse d'une angine syphilitique et penser à une infection plus générale. Toutefois, la longue durée de l'angine, sa localisation à un seul côté de la gorge et l'adénopathie caractéristique, sont des éléments importants dont il faut savoir tenir compte.

Dans *la forme érosive*, aux symptômes locaux dont nous venons de parler vient s'ajouter sur un point de l'amygdale comme une sorte d'exsudat membraneux, diphtéroïde, laissant au-dessous de lui lorsqu'on l'enlève, une ulcération saillante, légèrement fongueuse qui souvent est remplacée plus tard par une plaque muqueuse.

Enfin, dans une dernière série de cas, l'amygdale rouge et tuméfiée est surmontée dans un de ses points, vers la partie antéro-supérieure en général, d'une véritable ulcération cratériforme, ressemblant à une sorte d'anthrax ouvert à l'extérieur. Le fond de la perte de substance est grisâtre, comme pultacé, avec des bords irréguliers, rouges et indurés. Tous les autres symptômes concomitants signalés plus haut, accompagnent cet ulcère qui, au premier aspect, pourrait en imposer pour un épithélioma, même une gomme, n'était la marche de la maladie et les autres troubles de voisinage, adénopathie spéciale, facies du malade, etc.

II. **Accidents secondaires.** — *Erythème.* — Chez quelques sujets porteurs de syphilis, l'angine secondaire consiste simple-

ment en une rougeur diffuse occupant toute la muqueuse de l'arrière-gorge, c'est la forme érythémateuse. L'hypérémie est surtout marquée sur le voile du palais, les piliers et les amygdales qui sont généralement un peu augmentées de volume. Toute la région est le siège d'une sorte de pointillé très fin, d'un rouge vif qui rappelle un peu celui de l'angine scarlatineuse, tout en étant cependant beaucoup plus discret, moins diffus et sans phénomènes réactionnels généraux L'érythème accompagne le plus souvent les autres manifestations gutturales de la période secondaire de la syphilis.

Hypertrophie. — Les accidents secondaires consistent surtout en hypertrophie des amygdales, généralement bi-latérale, ne se distinguant de l'hypertrophie simple que par la rougeur plus vive de ces deux glandes, l'érythème concomitant du voile et des piliers, et par la rapidité de son évolution. Cette hypertrophie s'observe non seulement sur les amygdales buccales, mais également sur les agglomérations du tissu adénoïde du naso-pharynx et de la base de la langue, ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de l'écrire dans un travail publié il y a déjà bien des années, en collaboration avec un de mes anciens élèves, le Dr Raulin. Cette manifestation est assez commune pour mériter toute l'attention des cliniciens; et lorsque chez un sujet *adulte ayant auparavant des amygdales peu volumineuses,* on voit brusquement se produire une hypertrophie diffuse très accusée, avec cette voix amygdalienne si caractéristique, si cette modification survient sans être accompagnée de phénomènes réactionnels inflammatoires véritables, si cette hypertrophie rapide est accompagnée d'adénopathie sous-maxillaire et se prolonge au delà des limites habituelles d'une amygdalite inflammatoire, il faut songer à la syphilis et attendre l'apparition des autres accidents de la période secondaire, roséole, céphalée nocturne, chute des cheveux, etc., etc.

Plaques muqueuses. — On peut dire que l'arrière-gorge en général, est le siège de prédilection de la plaque muqueuse;

cette manifestation peut présenter aussi différentes formes : érosives, papulo-éruptives, papulo-hypertrophiques ou ulcéreuses. Ces sortes de lésions sont beaucoup trop connues pour que nous insistions longuement sur leur description.

Les formes les plus habituelles sont l'érosive et la papulo-érosive, elles se présentent sous l'aspect d'une exulcération grisâtre, saillante au-dessus de la muqueuse, comme si on avait touché le point envahi avec le crayon de nitrate d'argent. Ces plaques occupent habituellement les piliers antérieurs, le voile du palais, les amygdales, quelquefois les piliers postérieurs ; on ne les observe jamais sur la paroi pharyngienne elle-même ; par contre, elles ne sont pas rares sur l'amygdale linguale où elles offrent les mêmes caractères que dans l'arrière-gorge (Moure et Raulin, Seifert).

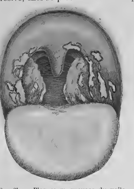


Fig. 25 — Plaques muqueuses du voile, des piliers antérieurs et des amygdales.

Leur forme est très variable ; tantôt arrondies ou allongées, elles sont d'autres fois presque confluentes, formant comme une sorte d'exulcération avec des contours frangés sur toute l'arrière-gorge.

Les bords sont rouges, nettement tranchés sur le reste de la muqueuse. Souvent même, dans les formes très légères, on trouve simplement sur le bord libre du pilier antérieur un petit filet grisâtre, entouré d'un coup de pinceau carminé, cette lésion bilatérale habituellement, est parfois plus prononcée d'un côté que de l'autre. La persistance, pendant plusieurs jours, de ce petit liséré grisâtre dans ce point de l'arrière-gorge, doit toujours faire penser à la possibilité d'une syphilis et par conséquent rechercher

sous le maxillaire les ganglions spécifiques et sur le reste du corps les autres stigmates de cette infection.

Tout comme l'accident primitif, l'angine secondaire peut débuter à la manière d'une angine aiguë, avec tous les phénomènes réactionnels de cette dernière, sous la forme dite diphtéroïde. Dans ces cas on voit les deux amygdales et les piliers tapissés d'un petit enduit blanchâtre, n'ayant aucun rapport au premier aspect, avec les plaques muqueuses habituelles ; mais bientôt alors que les phénomènes infectieux généraux disparaissent, l'angine seule persiste avec ses caractères, se prolongeant bien au delà des limites ordinaires d'une affection aiguë. Si, à cette période, on examine attentivement son malade, il n'est pas rare de retrouver sur la face interne des joues ou des lèvres, sur l'amygdale linguale ou toute autre partie de la région buccale, des plaques muqueuses types disséminées, avec leurs caractères classiques. Habituellement la roséole cutanée suit de très près cette manifestation diphtéroïde.

La forme ulcéreuse est assez commune chez les fumeurs. De même les plaques papulo-hypertrophiques, véritables condylomes, s'observent chez quelques sujets profondément infectés, ayant, soit par négligence, soit par erreur de diagnostic, trop tardé à faire un traitement spécifique. J'ai vu dans quelques cas les condylomes envahir toute l'arrière-gorge, jusqu'à la voûte palatine osseuse elle-même, ressemblant tout à fait aux lésions analogues observées sur la muqueuse génitale particulièrement chez les femmes.

Les symptômes fonctionnels sont habituellement très peu marqués. La douleur à la déglutition est si peu intense que les malades se plaignent simplement de ressentir un peu de gêne et très souvent négligent pour ce motif de consulter le médecin.

Dans certaines formes ulcéreuses diffuses, il peut cependant exister des douleurs et de la dysphagie douloureuse, avec retentissement du côté des oreilles. L'adénopathie sous-maxillaire et souvent occipitale acccompagne toujours ces manifestations secondaires de la syphilis gutturale.

Les accidents secondaires de l'arrière-gorge peuvent durer plusieurs mois et se reproduire même pendant la première et la seconde année de l'infection ; c'est surtout chez les fumeurs que l'on voit toutes ces manifestations se prolonger d'une façon pour ainsi dire indéfinie, récidiver et guérir difficilement si le sujet ne veut pas consentir à laisser de côté son tabac. D'une façon générale, chez la femme, les accidents de cette période sont beaucoup plus légers et beaucoup plus éphémères que chez l'homme. Cette longue durée d'une angine secondaire est même un élément de diagnostic sur lequel notre collègue, le Dr Garel, de Lyon, a appelé avec juste raison l'attention, en disant que toute angine qui se prolonge au delà de douze ou quinze jours, doit être considérée comme suspecte.

III. **Accidents tertiaires.** — Avant les accidents tertiaires, on peut observer une forme d'ulcération secundo-tertiaire, qui fait pour ainsi dire suite aux plaques muqueuses ; ces lésions, plus profondes que les manifestations de la période secondaire, peuvent apparaître d'emblée. Elles occupent ordinairement les bords de la luette et des piliers antérieurs produisant à ce niveau une série de déchirures plus ou moins irrégulières. Elles peuvent même aller jusqu'à détruire une partie du voile et détacher la luette de son point d'insertion. Ces accidents, ainsi que l'a très bien dit M. Escat, apparaissent souvent cinq à six mois après le chancre ; on les observe en général chez les fumeurs, chez des malades n'ayant subi aucun traitement spécifique ou chez des sujets atteints d'infections syphilitiques graves (pays chauds, etc.)

On a l'habitude de décrire du côté de l'arrière-gorge deux sortes de manifestations tertiaires, la gomme et les ulcérations D'après quelques auteurs, ces deux sortes d'altérations seraient bien distinctes ; toutefois, il me paraît plus logique de penser que les ulcérations sont toujours la conséquence d'une infiltration gommeuse localisée ou diffuse, susceptible de passer inaperçue. Du reste, il est très rare que l'on ait l'occasion de donner ses soins à un malade atteint de gomme de l'arrière-gorge à la période d'in-

filtration ; presque toujours nous le voyons dans la période ulcéreuse. C'est pour ainsi dire par hasard que, soignant un syphilitique pour une ulcération ou une gomme d'un autre point, nous découvrons dans les piliers ou sur la paroi du pharynx, une infiltration diffuse à la période gommeuse.

Quoi qu'il en soit, la gomme présente ici ses caractères habituels ; dans les cas où elle est circonscrite, elle revêt l'aspect d'une tumeur rougeâtre, lisse, unie, localisée, donnant au toucher une sensation indurée. Après un laps de temps variable, elle se ramollit assez rapidement, se creuse de petits cratères comparables à ceux d'un anthrax. Peu de temps après se forme une excavation plus ou moins étendue à bords anfractueux, rouges, saillants, taillés à pic, à fond grisâtre, sale et pulpeux.

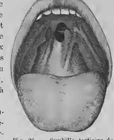


Fig. 26. — Syphilis tertiaire de l'arrière-gorge et du pharynx.

Les ulcérations tertiaires occupent généralement la paroi postérieure et latérale du pharynx (insertion des piliers postérieurs) où elles prennent des formes serpigineuses, envahissant depuis le naso-pharynx jusqu'à l'entrée de l'œsophage ; elles ont aussi une prédilection marquée pour le voile du palais (faces antérieure et postérieure) (voir fig. 26), les piliers postérieurs ou même la base de l'amygdale à son union avec la langue ; il n'est pas très rare de voir la perte de substance syphilitique occuper toute l'arrière-gorge, qui se trouve ainsi transformée en un vaste ulcère dont le fond est grisâtre, sale, et excavé, les bords sont très nets, rouges et souvent indurés ; il semble qu'un emporte-pièce a taillé sans l'épaisseur des tissus un cratère sanieux et suppurant. Lorsque le voile est atteint, il est rongé, déchiqueté, en partie détruit infiltré, rouge, tranchant nettement, comme coloration et comme aspect, sur la voûte palatine qui est habituellement intacte. Toutefois, il n'est pas rare de rencon-

trer surtout à l'union du voile avec la voûte osseuse, une gomme ulcérée, ayant perforé le tissu osseux, et mis la bouche en communication avec les fosses nasales.

Ces gommes osseuses sont également très fréquentes en arrière de l'arcade dentaire, elles occupent très souvent la portion médiane de la voûte. On les voit dans quelques cas atteindre aussi le tissu osseux pharyngien. J'ai même vu cette paroi se nécroser et la mort survenir brusquement par hémorragie.



Fig. 27 — Syphilis tertiaire de l'arrière-gorge.

Diagnostic. — Le diagnostic du chancre amygdalien peut être quelquefois difficile, étant donné qu'il peut débuter à la manière d'une angine aiguë; c'est surtout par l'engorgement ganglionnaire caractéristique, l'infection générale du sujet, la marche de la maladie et particulièrement l'apparition précoce des autres accidents secondaires, que l'on peut arriver à en faire le diagnostic. Toutefois, dans les cas douteux, la longue durée de l'angine et d'une manière générale sa marche lente et relativement peu douloureuse devraient éveiller l'attention du praticien.

Je n'insisterai pas sur l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë, ou l'amygdalite ulcéro-membraneuse, chancriforme, comme l'a appelée Raoult, ayant déjà à propos de ces descriptions, établi le diagnostic différentiel qui nous occupe (voir p. 43).

Les accidents de la période secondaire se distinguent ordinairement des autres altérations de l'arrière-gorge par leur aspect et aussi par la manière dont ils se comportent, c'est-à-dire la persis-

tance de l'angine au delà des limites habituelles à une inflammation aiguë de cette région, voir même les troubles dysphagiques prolongés (Garel).

Quant à la gomme, ayant déjà insisté à propos de la tuberculose, sur les éléments qui permettent de reconnaître ces deux sortes d'altération, je n'y reviendrai pas ici.

Marche. Durée. Terminaison. — Le chancre guérit habituellement seul, par le fait même de son évolution normale ; de même l'angine secondaire arriverait peut-être à disparaître graduellement. Toutefois si le traitement spécifique ne vient pas l'enrayer dans sa marche, elle peut produire des désordres assez considérables pour gêner beaucoup le malade qui en est porteur. Les accidents secondaires légers, évoluant chez des sujets propres et soigneux de leur personne disparaissent trop souvent seuls, car ils laissent le malade exposé à toute la série des accidents tertiaires variés que nous connaissons, accidents qu'il est habituel d'observer chez les syphilitiques n'ayant pas suivi de traitement spécifique pendant la période de leur infection primaire et secondaire. Les statistiques récentes de Fournier sont des plus démonstratives à cet égard.

Par contre, les lésions tertiaires abandonnées à elles-mêmes n'ont aucune espèce de tendance à rétrocéder et tant que le traitement spécifique n'intervient pas pour les arrêter dans leur évolution, les ulcérations continuent à détruire autour d'elles les tissus envahis, à atteindre les os et à produire ces désordres graves dont la mort peut être la conséquence. Bien plus, une fois que le tissu osseux est nécrosé, le traitement spécifique n'a pour ainsi dire plus d'action sur la marche de la maladie ; il guérit les altérations périphériques de la muqueuse, mais tant que le séquestre n'est pas éliminé, il ne faut pas s'attendre à voir la cicatrisation se produire. Lorsque cette dernière survient dans ces cas, l'affection laisse après elle des cicatrices très difformes, souvent même des rétrécissements du naso-pharynx ou de l'entrée du larynx, rétrécissements concentriques se faisant non par accolement du voile du palais au pharynx, comme on l'a cru, mais bien comme

les rétrécissements de tous les sphincters, par resserrement des parties latérales (Brindel) (Voir p. 196).

TRAITEMENT. — Le traitement est le même, qu'il s'agisse des accidents primaires, secondaires ou tertiaires ; il consiste en l'administration des spécifiques. Pour ma part, lorsque j'ai à combattre des accidents dont je veux hâter la disparition, je n'hésite jamais, même dans la période secondaire, à donner immédiatement le traitement biioduré que je formule de la façon suivante :

Solution avec :

Biiodure d'hydrargyre.	0,15 à 0,20 centigrammes
Iodure de potassium	15 à 20 grammes
Eau	300 grammes

Une grande cuillerée matin et soir, aux repas, dans un peu d'eau sucrée et aromatisée au gré du malade.

Il est extrêmement rare que, même dans les cas de lésions très prononcées, j'aie eu besoin de dépasser la dose de 20 grammes d'iodure de potassium dans la solution précitée, ayant toujours obtenu d'excellents résultats, si le traitement était régulièrement fait. Même dans les formes de syphilis très graves, j'ai vu quarante-huit heures ou trois jours après, le malade éprouver déjà un soulagement manifeste que l'examen ne permettait pas toujours d'expliquer, et au bout de huit à dix jours l'amélioration être facile à constater.

Lorsque les lésions spécifiques du début ont disparu, ou fortement diminué, le malade étant encore à la période dite secondaire de son infection, je me conforme alors aux anciennes habitudes, en prescrivant la médication hydrargyrique pure, pilules de Ricord ou leurs analogues, par exemple :
pour une pilule.

Proto-iodure d'hydrargyre	0,025 milligrammes
Extrait thébaïque.	1 centigramme
Extrait de quinquina	2 »

Prendre deux ou trois et même quatre de ces pilules par jour et

en même temps un ou deux comprimés de chlorate de potasse qu'on laisse fondre dans la bouche.

Ce traitement sera continué avec des intervalles de repos, suivant la tolérance de chaque malade et suivant le degré de l'infection. Le traitement du reste ne diffère en rien de celui de la syphilis banale.

Actuellement on est plutôt disposé à traiter l'infection syphilitique par les injections sous-cutanées de mercure. Ce traitement qui doit être surveillé avec soin, convient surtout, à mon avis aux malades profondément infectés dont les voies digestives supportent mal ou même pas du tout la médication par la voie stomacale.

A la période tertiaire, je donne la préférence au traitement mixte qui est, je crois, préférable à la médication iodique ou mercurielle seules, même à haute dose.

Localement, dans la période secondaire, le traitement de choix est incontestablement celui qui consiste à toucher les parties ulcérées avec une solution iodée forte au tiers ou au cinquième, répétée deux fois par semaine environ ; ou bien si les lésions sont un peu rebelles ou trop diffuses, avec la solution de nitrate acide de mercure au cinquième : ces dernières cautérisations ne devront être faites que tous les huit ou dix jours au maximum. Elles sont un peu douloureuses, mais excessivement actives. Habituellement, je prescris au malade, en même temps que le traitement spécifique général, un gargarisme iodé que je formule de la façon suivante :

Solution avec :

Iodure métallique.	0,30 centigrammes
Iodure de potassium	0,50 »
Laudanum de Sydenham	3 grammes
Glycérine pure	150 »

Mettre une cuillerée à café de ce liquide dans un demi ou même dans un verre d'eau tiède, pour se gargariser après chaque repas.

Les ulcérations tertiaires doivent surtout être traitées par les soins de propreté, nettoyages avec la solution iodurée précé-

dente, ou même une solution plus forte, ou tout autre antiseptique (Eau oxygénée au un cinquième, etc., etc.), indépendamment, bien entendu, du traitement interne biioduré qui doit primer tous les autres.

HYPERTROPHIE DES AMYGDALES

On désigne sous ce nom une inflammation chronique des glandes amygdaliennes donnant lieu à une augmentation permanente du tissu qui les compose.

Étiologie. — L'hypertrophie des amygdales est surtout fréquente à la période de la vie où le système lymphatique est le plus développé, c'est-à-dire pendant l'enfance. L'existence de gêne respiratoire par le nez (végétations adénoïdes, gonflement des cornets, éperons de la cloison) entraînant l'obligation de respirer par la bouche, est une cause importante d'inflammation chronique, et par conséquent d'augmentation du volume de ces glandes.

Les inflammations aiguës répétées du tissu lymphoïde contribuent aussi pour une large part à produire cette lésion. A ce titre, on peut incriminer certains états infectieux généraux, tels que la rougeole, la scarlatine, la grippe, la diphtérie, la fièvre typhoïde, etc., etc.

Anatomie pathologique. — On peut diviser l'hypertrophie des amygdales en hypertrophie vraie et pseudo-hypertrophie. La première est constituée par une augmentation de tous les éléments qui composent l'amygdale, tandis que la seconde forme est une sorte d'engorgement des cryptes par des produits de sécrétion, d'où apparition d'un gonflement chronique pouvant simuler à un examen superficiel une véritable hypertrophie.

On peut également d'après la forme et le volume des glandes amygdaliennes les classer en différents types que nous décrirons plus tard à propos des symptômes.

Dans les hypertrophies vraies, les cryptes sont profondes,

élargies et tapissées d'un épithélium pavimenteux stratifié, dont le nombre de couches est augmenté ; sur les parois des cryptes, le revêtement épithélial est moins épais, mais la couche limitante profonde est formée de cellules cubiques et le derme est augmenté en volume (Brindel).

Dans les amygdales dures, le tissu conjonctif est très abondant et presque fibreux en certains points. Il va sans dire que les follicules clos sont aussi plus nombreux et plus volumineux que dans les glandes normales. Les parois des vaisseaux épaisses et scléreuses dans quelques cas, au point que leur calibre se trouve diminué, sont d'autres fois normales comme structure ; dans ces cas, la vascularisation de l'amygdale est augmentée.

Symptomes. — La symptomatologie de l'hypertrophie amygdalienne s'est considérablement modifiée depuis que l'on connaît mieux les troubles occasionnés par les végétations adénoïdes. C'est ainsi que la surdité, les douleurs d'oreilles, les déformations du maxillaire supérieur et même de la cage thoracique, doivent être rangées parmi les symptômes des sténoses nasales longtemps prolongées. Il faut en effet que les amygdales aient un volume bien considérable pour occasionner des troubles constants de la respiration, si les fosses nasales sont parfaitement libres ou nettoyées de l'obstacle qui les encombrait. Le fait est possible cependant car on voit chez quelques adénoïdiens l'ablation du tissu rétronasal hypertrophié ne pas suffire pour calmer et le ronflement nocturne et la série des autres troubles respiratoires dont se plaignent les enfants.

Par contre, les modifications vocales connues sous le nom de voix amygdalienne doivent être attribuées à la gêne apportée par ces glandes augmentées de volume, au fonctionnement du voile du palais.

A l'examen direct, en déprimant la langue, on peut trouver des amygdales de dimensions variables, offrant à l'œil une surface plus ou moins inégale et saillante. Suivant l'aspect de la région, on peut diviser les hypertrophies des amygdales en : pédiculées, encapuchonnées et multilobées.

Lorsque ces glandes sont pédiculées, elles revêtent généralement un aspect régulier, comme la moitié d'un marron par exemple ; elles sont largement perforées de cryptes nombreuses et profondes; avec le stylet ou même l'extrémité de l'abaisse-langue, il est facile de se rendre compte que ces glandes font saillie en dehors des piliers avec lesquels elles n'ont généralement contracté aucune sorte d'adhérence.

Les amygdales encapuchonnées au contraire, quoique volumineuses parfois, font absolument corps avec les piliers antérieurs, au point qu'il est souvent difficile et même impossible de savoir exactement où commence cette partie du voile et où finit l'amygdale.

Enfin, lorsque la glande est multilobée, il est assez ordinaire de voir un des lobes plonger très bas vers la base de la langue au point de venir presque toucher le bord libre et latéral de l'épiglotte, tandis que le lobe supérieur refoule le voile vers le haut.

Le toucher seul permet de se rendre compte de la mollesse ou de la consistance des glandes amygdaliennes. Très souvent les ganglions angulo-maxillaires sont augmentés de volume, ainsi que tout le tissu adénoïde de l'arrière-gorge (pharynx, base de la langue, etc.).

Complications. — L'hypertrophie chronique des amygdales constitue un terrain très favorable au développement de certaines amygdalites infectieuses. Elles peuvent également, d'après leur structure, devenir aisément le siège d'inflammations suppuratives, bien que d'énormes amygdales puissent exister chez des enfants n'ayant jamais eu d'abcès, et que réciproquement cette lésion apparaisse chez des sujets ayant de très petites glandes. On a également signalé (Joal, Ruault, etc.) un certain nombre de troubles réflexes, parmi lesquels il faut ranger les quintes de toux spasmodique, l'œsophagisme, le spasme de la glotte, l'asthme, les bourdonnements, etc. Citons encore parmi les complications des grosses amygdales les arrêts de développement et les troubles broncho-pulmonaires.

Diagnostic. — Il suffit d'abaisser la langue d'un enfant pour constater immédiatement l'existence d'une hypertrophie amygdalienne qui ne pourrait guère être confondue qu'avec une amygdalite aiguë simple ; mais dans ce cas, l'existence de phénomènes généraux récents et la marche de la maladie permettraient bien vite de lever les doutes qu'on pourrait avoir à cet égard. Seules les hypertrophies secondaires de la syphilis pourraient en imposer chez certains adultes pour une hypertrophie vraie. On devra toujours s'enquérir dans ces cas, du début de l'affection ; l'hypertrophie est-elle inflammatoire, ou de nature infectieuse, elle est alors généralement de date récente ; tandis que dans le cas contraire, le malade aura toujours été porteur, depuis son enfance de grosses amygdales. Dans l'hypertrophie secondaire, les glandes sont en outre plus rouges et leur volume diminue sous l'influence du traitement spécifique. Il n'est pas besoin d'ajouter que s'il existe des plaques muqueuses ou toute autre lésion érosive, on aura des éléments sérieux de diagnostic.

Il faut aussi ne pas considérer comme hypertrophiées, les amygdales simplement projetées en avant par une constrition exagérée de l'arrière-gorge, au moment où l'on examine les enfants ; il suffira de prier ces derniers de respirer largement, d'abaisser la langue placée derrière l'arcade dentaire inférieure, lentement et avec douceur, pour bien juger de l'état et surtout du volume des amygdales.

Le lymphadénome se reconnaît habituellement en ce qu'il est presque toujours accompagné d'une tuméfaction des ganglions parotidiens. La partie envahie est elle-même très dure, faisant corps avec la paroi externe, son développement excessif est en outre unilatéral. Du reste la marche progressive de l'affection et au besoin l'examen histologique d'une parcelle permettraient d'éviter l'erreur.

Traitement. — A. *Médical.* — Lorsque l'hypertrophie amygdalienne est nettement constituée, si le volume des glandes est suffisant pour gêner les malades, ou si elles deviennent la cause d'inflammations répétées, par leur structure crypteuse et les

produits microbiens qu'elles contiennent et cultivent, le traitement médical échoue le plus souvent, ou bien il a une action tout à fait passagère.

Toutefois si on désire en faire usage on conseillera d'abord les gargarismes légèrement astringents, iodo-iodurés de préférence, puis les attouchements locaux soit avec des solutions iodées un peu fortes, du jus de citron pur ou des solutions de résorcine au 1/10 qui auraient pour effet de déterger promptement la glande et dans quelques cas de réduire son volume. L'adrénaline en solution au 1/10 000 ou au 1/5 000 rendra aussi d'excellents services en pareils cas. De même certaines eaux thermales employées dans la station ont pour effet d'agir d'une façon favo-

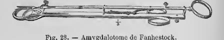


Fig. 28. — Amygdalotome de Fanhestock.

rable sur les amygdales hypertrophiées; telles sont les eaux sulfureuses, arsenicales, voir même salines. On en fait usage en pulvérisations, en gargarismes, bains de gorge, ou même sous la forme de douches locales (aquapuncture). Ce procédé consiste à diriger un très mince filet d'eau ayant une pression assez forte pour déterminer un véritable traumatisme sur la partie de l'amygdale qu'il vient de frapper; la réaction inflammatoire peut déterger les cryptes des amygdales et dans quelques cas réduire le volume des glandes elles-mêmes.

Il va sans dire que le traitement médical s'appliquera surtout aux formes pseudo-hypertrophiques; amygdalite caséeuse, amygdalites chroniques, etc., plutôt qu'aux véritables hypertrophies amygdaliennes. Dans ces dernières il sera préférable de réduire ou supprimer les parties hypertrophiées par l'un des moyens que je vais indiquer.

B. *Chirurgical.* — On se servait autrefois systématiquement de l'amygdalotome de Fanhestock ou autre, mais la plupart des opérateurs ayant une certaine expérience de l'intervention chi-

rurgicale faite par ce moyen, eurent bientôt à déplorer des accidents graves dus pour la plupart à des hémorragies qui rendirent plus timide à l'égard de cet instrument et firent chercher d'autres moyens de destruction de ces glandes. Alors, naquirent l'igni-

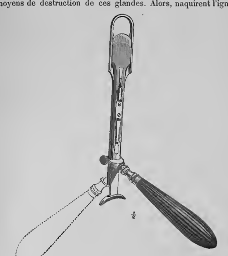


Fig. 29. — Amygdalotome de Morell-Mackenzie.

puncture, l'amygdalotomie à l'anse galvanique et enfin le morcellement. Ces trois procédés sont évidemment excellents; ils me paraissent avoir chacun leurs indications.

L'anse galvanique nécessite une installation électrique assez compliquée, elle ne peut être mise en usage que lorsque la glande amygdalienne est pédiculée, ou dans tous les cas si elle fait entre

les piliers du voile du palais une saillie suffisante pour que cette glande puisse être enserrée dans l'anse destinée à en opérer la section. Il est inutile de rappeler qu'il faudra autant que possible

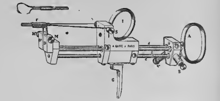


Fig. 30. — Guide anse galvanique.

conserver le fil d'acier qui coupera la glande, au rouge sombre, pour éviter l'effusion sanguine ou la fonte du fil. Pour cela faire, il suffira si l'amygdale est pédiculée, de la placer dans l'anse froide, qui sera fortement serrée avant de faire passer le courant;



Fig. 31. — Pince à amygdales du Dr Bonain.

puis on chauffera doucement le fil en *faisant des interruptions répétées* qui auront pour but d'empêcher le fil de se surchauffer; ce qui permettra par conséquent de le tenir au rouge sombre. La section se fera donc ainsi peu à peu, mais somme toute assez rapidement pour ne durer que quelques secondes. Dans les cas plus difficiles il est important de faire saisir par un aide expérimenté l'amygdale, à l'aide d'une pince à griffe passée au milieu de

l'anse de manière à tirer la glande au dehors et à pouvoir l'enserrer plus facilement dans son intérieur. Une fois ce premier temps accompli, on agira comme il vient d'être dit.

L'ignipuncture, sous la forme galvanique ou thermique (thermocautère) exige des sujets dociles et nécessite l'emploi d'un ouvre-bouche protecteur pour éviter la brûlure des parties voisines. Ce mode de procéder a l'inconvénient grave, s'il est fait timidement, c'est-à-dire à l'aide de petites pointes de feu enfon-

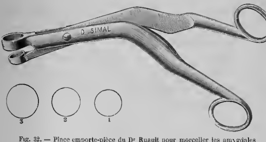


Fig. 32. — Pince emporte-pièce du Dr Ruault pour morceller les amygdales et même certaines tumeurs de l'arrière-gorge.

cées dans l'amygdale, d'exiger des séances successives, six, sept, huit même dans quelques cas. On peut aussi lui faire le grave reproche de créer des synéchies cicatricielles, qui obstruent ou rétrécissent les orifices cryptiques des amygdales.

Après avoir été partisan de ce mode de traitement, j'avoue y avoir à peu près renoncé à cause des inconvénients que je viens de signaler. Si toutefois l'on se décidait à faire la destruction de l'amygdale par l'ignipuncture, je conseillerais comme je l'ai fait autrefois, d'employer le large couteau galvanique ou le couteau thermique qui serait plongé de dedans en dehors sous la forme de raies transversales traversant l'amygdale jusque dans sa profondeur, de manière à ce que trois raies superposées l'une au-dessus de l'autre cautérisent l'amygdale dans son entier et

suffisent pour la détruire en une seule fois. Il faudra ensuite dans une séance ultérieure, niveler les surfaces irrégulières à l'aide d'une petite cautérisation faite avec le couteau galvanique ou thermique posé à plat, lorsque la cicatrisation de la première plaie est complète.

Enfin le dernier procédé, mis en pratique pour la première fois par Ruault, consiste à morceler la glande amygdalienne à l'aide d'une pince spéciale, pince à morcellement. Ce procédé, très facile à appliquer, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, a l'avantage énorme de n'être pas douloureux, d'éviter l'effusion

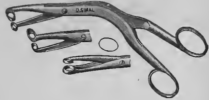


Fig. 33. — Pince emporte-pièce, pour le côté droit et pour le côté gauche.

du sang, l'hémostase se faisant à peu près au fur et à mesure, et de pouvoir faire disparaître la glande en une seule séance. C'est évidemment un procédé de choix auquel il convient de réserver une large part dans la thérapeutique des hypertrophies amygdaliennes.

Pour pratiquer le morcellement, après avoir cocaïné l'amygdale [1] sur tout son pourtour, on abaisse fortement la langue sur le plancher de la bouche, puis, saisissant entre les mors de la pince la portion d'amygdale qu'on désire sectionner, on serre brusquement les mors, de manière à écraser le tissu tout en le coupant. Ainsi que l'a fait observer Ruault, auteur de ce procédé, les morceaux d'amygdale enlevés ne sont certaine-

[1] Employer la solution de cocaïne ordinaire au 1/10.

ment pas en rapport avec le volume constaté auparavant, il se fait une sorte d'amygdalotripsie qui tout en évitant les hémorragies permet de réduire au volume qu'on désire les hypertrophies les plus considérables.

Lorsque l'amygdalotomie doit être faite par un des procédés que je viens d'indiquer, il est important de s'assurer au préalable que la glande à supprimer n'est pas ou ne vient pas d'être enflammée Dans ce but, j'ai l'habitude de faire badigeonner, quelques jours avant l'opération, le champ opératoire à l'aide de jus de citron ou d'un collutoire à la résorcine, formulé comme suit :

Collutoire avec :

Chlorhydrate de cocaine.	0,30 centigrammes
Résorcine	4 grammes
Alcool de menthe ou teinture d'eucalyptus .	25 gouttes
Glycérine pure	30 »

pour badigeonnages.

Aussitôt l'opération faite, il est bon de faire sucer au malade quelques fragments de glace et de prescrire un gargarisme froid employé pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures; on pourra même au besoin y mettre de la glace, si l'on redoute une hémorragie immédiate ou secondaire. Un gargarisme émollient, alcalin de préférence, est encore le meilleur moyen de pratiquer la désinfection de l'arrière-gorge.

Généralement, chez l'adolescent et chez l'adulte mais non toujours, je pratique l'amygdalotomie successive, c'est-à-dire l'ablation des deux amygdales à huit ou quinze jours d'intervalle. De cette façon, s'il survient un accident hémorragique ou autre, on sait de quel côté il s'est produit, puisqu'on n'a opéré que sur une seule glande.

De même j'ai pour règle, s'il existe des végétations adénoïdes, de les enlever avant de faire l'amygdalotomie, cette dernière devenant assez souvent inutile, une fois la respiration par le nez rétablie. Il est cependant possible de faire adénotomie et amygdalotomie dans une seule et même séance. Lorsque les amygdales

sont très volumineuses il est préférable de commencer par elles et de terminer par les végétations.

En résumé, chez l'enfant, on peut indifféremmt employer l'un de ces trois procédés : amygdalotome qui est toujours un excellent instrument, anse galvanique, si l'on est outillé pour en faire usage et que l'amygdale puisse être assez facilement enserrée, ou morcellement.

Chez l'adolescent et chez l'adulte, il faut donner la préférence aux deux derniers procédés, car l'instrument tranchant a l'inconvénient grave de produire des hémorragies fréquentes et souvent dangereuses.

Fig. 34. — Compresseur des amygdales de Broca.

A, tampon destiné à être placé sur l'amygdale sectionée. — B, tampon externe. — C, partie articulée. — D, pas de vis pour rapprocher les deux pelotes et faire la compression.

Complications post-opératoires. — Il est bon de savoir que si d'une façon générale la section des amygdales par l'un des procédés que je viens d'indiquer, ne donne lieu à aucune sorte d'accident, il peut se faire toutefois qu'on constate à la suite de cette intervention, une série de complications dont la plus grave et la plus immédiate est l'hémorragie.

L'écoulement sanguin qui généralement s'arrête de lui-même, peut, dans quelques cas, devenir assez abondant et assez prolongé pour être inquiétant. Ordinairement, c'est un vaisseau assez volumineux, artériel ou veineux, qui fournit le sang et il est assez facile à l'aide d'un bon éclairage, de le voir couler. Dans ces cas, il est souvent possible d'en pratiquer la compression avec un petit tampon de ouate imprégné d'une solution de cocaïne au 1/10 et d'adrénaline au 1/1 000, mélangées à parties égales, ou même de la saisir avec une pince à forcipressure qu'on laisse à demeure, ou bien sur laquelle on place une ligature lorsque la chose est faisable.

D'autres fois, l'hémorragie se produit sur une surface un peu plus étendue et les divers moyens que je viens de signaler échouent aussi bien que les autres topiques, glace, eau oxygénée, perchlorure de fer, antipyrine, etc., etc. Dans ce cas si l'on ne peut maîtriser l'écoulement sanguin par la cautérisation thermique ou galvanique, ou bien par la compression directe on pourra avoir recours, ainsi que l'a recommandé Escat et avant lui Heermann, d'Essen et Otto Von Holst (cités par Escat) à la ligature des piliers à l'aide de cordonnets de soie, enserrant l'amygdale et comprimant le point qui fournit l'hémorragie.

Les autres accidents beaucoup moins graves que le précédent, sont les brûlures de voisinage, dans les cas où l'on a pratiqué l'extirpation de la glande à l'anse galvanique ou bien la thermo ou galvano-cautérisation, si l'on a laissé l'instrument un peu trop longtemps rayonner dans la bouche. Il peut cependant résulter de ce fait des cicatrices vicieuses et des rétractions du voile.

Il peut survenir aussi de véritables angines aiguës infectieuses, post-opératoires, ou même des abcès. Bien entendu ces différentes complications seront traitées par les moyens habituellement employés en pareil cas.

TUMEURS DES AMYGDALES

Les tumeurs des amygdales peuvent se diviser comme dans les autres organes, en bénignes, malignes et mixtes. Toutefois, ces dernières se rapprochent tellement des tumeurs malignes qu'on peut, sans le moindre inconvénient, les englober dans le même chapitre.

TUMEURS BÉNIGNES

Les tumeurs bénignes comprennent : l'hypertrophie pseudo-polypeuse, les fibromes, les papillomes et les kystes, néoplasmes des plus fréquents, ainsi qu'il résulte d'un travail d'ensemble fait par le Dr Ardenne sur cet intéressant sujet [1].

[1] Travail de la clinique laryngologique de la Faculté de Bordeaux, 1897.

Les tumeurs malignes comprendront les sarcomes (lymphadénomes et lympho-sarcomes), le squirrhe, l'encéphaloïde et l'épithélioma.

Étiologie générale. — A. *Tumeurs bénignes.* — Les causes de néoplasmes de l'arrière-gorge sont loin d'être précises. On a tour à tour incriminé les inflammations et les irritations répétées de la muqueuse, on a invoqué l'influence des infections syphilitiques, tuberculeuses, arthritiques, etc. ; mais il faut avouer qu'aucune de ces diverses causes ne paraît avoir une influence bien nette sur l'apparition de ces productions morbides.

Symptomes. — En général les symptômes fonctionnels sont extrêmement variables. La plupart du temps l'on n'observe aucune espèce de trouble appréciable, c'est par hasard, en examinant la gorge des malades, qu'on découvre l'existence des productions néoplasiques. Toutefois, lorsque ces dernières ont acquis un volume considérable ou lorsqu'elles sont longuement pédiculées, elles peuvent provoquer des sensations de corps étranger ou des picotements qui obligent le malade à racler sa gorge et à faire le « hem » attribué autrefois exclusivement à la pharyngite dite granuleuse. Dans quelques cas on voit même se produire de véritables accès de toux spasmodique dus aux titillations de la base de la langue ou de l'épiglotte, par le néoplasme. Si ce dernier était très volumineux, on pourrait observer des troubles de la déglutition, des nausées, de la gêne respiratoire et des altérations de la voix qui deviendrait empâtée.

L'ouïe est habituellement intacte, à moins que la tumeur siège très haut, sur la paroi pharyngienne, mais ces sortes de productions morbides appartiennent au pharynx nasal plutôt qu'à la muqueuse de l'arrière-gorge proprement dite.

Symptomes objectifs. — L'aspect des différentes tumeurs varie un peu suivant leur nature, aussi est-il nécessaire de les étudier séparément.

1° *Hypertrophie pseudo-polypeuse.* — On désigne ainsi une sorte de proéminence d'un lobe amygdalien qui arrive peu à peu à se

pédiculiser et à prendre l'aspect d'un véritable polype ; mais à l'examen histologique on retrouve la constitution exacte du tissu de l'amygdale lui-même.

On ne doit pas s'étonner de voir l'hypertrophie être uni ou multilobée ; suivant qu'une ou plusieurs parties de la glande ainsi hypertrophiée seront atteintes. Le traitement est celui de l'hypertrophie classique, je n'y reviendrai pas ici.

2° *Papillomes*. — Les papillomes qui sont, de toutes les tumeurs de cette région, les plus fréquentes, occupent habituellement le bord du voile du palais, autour des attaches de la luette, ou le pilier antérieur. On peut les rencontrer aussi sur l'amygdale elle-même (Courtade, Masse, Lefour, Moure, etc.).

Habituellement pédiculés, les papillomes ont un aspect mûriforme, comme formé de petites saillies verruqueuses. De couleur gris rosé, ils pendent quelquefois le long de la luette autour de laquelle ils s'insèrent, et avec laquelle ils semblent se confondre. Leur volume varie de la grosseur d'un grain de blé jusqu'à celle d'une noisette ; rarement ils atteignent un volume plus considérable. Cependant, Morgan (cité par Ardenne) dit avoir observé un cas de papillome de la grosseur d'un œuf de poule.

3° *Fibrome*. — Le fibrome peut être sessile ou pédiculé ; il est habituellement attaché par une large base sur la muqueuse qui le supporte. Souvent inséré sur le tissu amygdalien, il a une couleur rose pâle ou blanc jaunâtre de forme généralement arrondie ou ovalaire, il a une consistance dure. On a observé parfois à la surface de ces tumeurs des filets sanguins et même des plaques ecchymotiques.

4° *Adénome*. — Comme le kyste, l'adénome est une tumeur lisse, unie à sa surface, d'aspect grisâtre ou gris rosé, ayant presque l'apparence d'un polype muqueux. Ces tumeurs sont du reste très rares (Coupart) et le diagnostic ne peut être fait que par l'examen histologique.

5° *Kystes*. — Les kystes par rétention peuvent contenir soit des produits séreux, soit habituellement un liquide sirupeux, colloïde,

jaunâtre, comme sébacé, ou rougeâtre, presque hémorragique et jus de pruneaux. Habituellement ce ne sont pas de véritables kystes, car ces tumeurs n'ont point de parois propres. Ce sont simplement des cryptes dont l'orifice est obturé et dont la cavité a été plus ou moins dilatée. Ces sortes de dépôts enkystés ressemblent au premier abord à des fibromes par leur aspect et leur dureté, mais lorsqu'on les saisit avec une pince, leurs parois se rompent et l'on voit s'écouler au dehors le liquide qu'ils contiennent. Ces sortes de productions morbides ont été bien étudiées par le Dr Brindel sur des malades opérés à ma clinique de la Faculté de Bordeaux. Nous les avons désignées sous le nom d'amygdalite lacunaire enkystée pour bien démontrer leur nature et leur point d'origine (voir p. 84).

Les kystes à échinocoques peuvent également envahir l'amygdale, leur aspect est celui des tumeurs bénignes de l'arrière-gorge. Ce n'est guère qu'au moment de l'ouverture spontanée ou chirurgicale de la poche que l'on reconnaît la nature exacte du néoplasme. Ils sont du reste très rares. Si l'on songeait à en pratiquer le toucher, on pourrait, peut-être, sentir le frémissement caractéristique de ces sortes de néoplasies.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche habituelle des tumeurs bénignes de l'arrière-gorge est extrêmement lente. En général, elles n'ont aucune espèce de tendance à guérir spontanément sauf, peut-être, les kystes par rétention qui peuvent s'enflammer et s'ouvrir pour constituer l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë.

Dans quelques cas les parois de la poche sont tellement minces que dans un effort de toux, de vomissement ou au moment de la déglutition d'un bol alimentaire un peu volumineux ou rugueux, elles peuvent se rompre et donner issue au liquide qu'elles contenaient.

Par contre, les papillomes, les adénomes, les fibromes et généralement les autres tumeurs bénignes de l'arrière-gorge se développent progressivement mais lentement pour arriver à atteindre

des volumes parfois excessifs, si une intervention n'est venue débarrasser le malade de sa néoplasie.

Diagnostic. — Le diagnostic découle des différents symptômes objectifs que j'ai énumérés en étudiant chacune de ces productions morbides.

Pronostic. — Le pronostic est en général bénin; si par leur volume, ces tumeurs peuvent mettre en danger l'existence du malade, la main du chirurgien a bien vite supprimé les troubles fonctionnels graves qui résultaient de leur présence. Inutile d'ajouter que les ganglions ne sont jamais atteints et que l'organisme n'est point infecté par ces sortes de lésions.

Traitement. — Le traitement consiste à enlever les différentes tumeurs. Suivant les cas, l'opération sera pratiquée avec l'anse ou le couteau galvanique, avec des ciseaux ou au moyen de la pince à morcellement de Ruault, pour les fibromes et autres tumeurs volumineuses.

En général, l'hémorragie peu abondante est très facile à arrêter, soit avec le thermo ou le galvanocautère ou même avec une pince à forcipressure appliquée sur le point qui fournit le sang. Dans les cas de kystes par rétention ou hydatiques, l'ouverture au galvano suivie de curettage de la région suffit pour guérir les malades. Un écouvillonnage de la région au chlorure de zinc au 1/10 complète efficacement cette intervention.

TUMEURS MALIGNES

Je ne m'occuperai bien entendu, dans ce chapitre, que des tumeurs primitives de l'arrière-gorge, et non des néoplasmes malins venus de l'entrée des voies digestives ou du larynx et se propageant à la partie supérieure et latérale de la base de la langue.

Étiologie. — Les causes des tumeurs malignes de cette région sont aussi obscures que l'étiologie de ces dégénérescences en

général; toutefois, il semble d'après les observations de la plupart des auteurs, et celles que j'ai pu faire moi-même, que ces sortes de productions morbides sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Le tabac paraît avoir une influence assez manifeste sur leur apparition chez des gens prédisposés à cette évolution. Il n'est pas rare en effet que l'ont ait occasion de rencontrer le cancer de l'arrière-gorge, je pourrais même ajouter de l'entrée des voies aériennes, chez des hommes ayant abusé, pendant une période de leur existence, de la fumée du tabac. Par contre, l'ingestion de l'alcool ne me paraît pas pouvoir être donnée comme une cause déterminante sérieuse de la maladie.

L'hérédité doit aussi jouer un rôle important dans cette étiologie, mais il faut bien dire que l'on observe cette dégénérescence maligne de la muqueuse chez des malades n'ayant aucun antécédent héréditaire de ce genre.

Symptomes. — Les symptômes du début passent, on peut le dire, tout à fait inaperçus, ce n'est guère en général qu'une gêne légère de la déglutition, ou une simple sensation de picotement à l'arrière-gorge et un peu de salivation (Castex), qui annoncent le début du néoplasme. La plupart du temps, le malade étant habitué à éprouver de temps en temps de petits maux de gorge, n'ajoute aucune importance à ces différents troubles, aussi ne songe-t-il guère à cette période à consulter un médecin, ou à se plaindre de ce qu'il éprouve. Plus tard la gêne de la déglutition ayant un peu augmenté, on voit apparaître des douleurs spontanées, quelquefois exagérées par la mastication ou la déglutition des aliments. Puis c'est un besoin de tousser ou de racler, à la suite duquel le malade crache soit de la salive, soit même quelques filets de sang; comme ces derniers ne manquent pas d'effrayer le sujet qui les expectore, il est rare qu'à cette période il ne songe pas à montrer sa gorge.

Assez souvent, presque dès le début, apparaît une infiltration des ganglions correspondants à l'angle de la mâchoire. Leur volume est variable, mais ordinairement l'un d'eux est plus considérable que les autres. Comme tous les ganglions cancéreux,

ils sont très durs, de consistance cartilagineuse, adhérents aux parties profondes, par conséquent immobiles ou difficiles à déplacer. Ils sont en outre douloureux à la pression. Ces signes sont importants à noter, car ils sont ordinairement caractéristiques des adénopathies secondaires aux néoplasies malignes. La plupart du temps, au moment où le malade vient consulter, il est à la période confirmée de son affection. La voix est alors devenue plus sourde, amygdalienne, la salivation abondante obligeant le malade à cracher ou à avaler sa salive, ce qui lui est d'autant plus pénible que l'arrière-gorge, envahie par le néoplasme, se trouve immobilisée par l'infiltration qui entoure et enserre la dégénérescence morbide.

A cette période de la maladie, l'haleine du malade est fétide par suite du sphacèle qui se produit à la surface du néoplasme, la salive est visqueuse, filante et souvent striée de sang.

Chez certains cancéreux les troubles fonctionnels sont des plus atténués, la gène à la déglutition est peu marquée et les douleurs nulles. L'adénopathie elle-même n'apparaît qu'à la période ultime de l'affection et seules la salivation sanieuse mais non fétide, la sensation d'un obstacle à l'arrière-gorge attirent l'attention des malades et les conduisent à consulter leur médecin.

Si l'on examine le fond de la gorge, on pourra, suivant la nature de la production morbide, avoir sous l'œil des aspects assez différents.

Le **sarcome** se présente habituellement sous la forme d'une tumeur assez dure, bosselée, occupant un seul côté de l'arrière-gorge, par conséquent une seule amygdale, si c'est dans ce tissu qu'elle débute. La muqueuse qui recouvre la tumeur est généralement sombre, foncée, grisâtre par place, comblant plus ou moins l'orifice nasopharyngien et surtout l'orifice buccal

Le **lymphadénome** ou **lymphosarcome** (car les deux tumeurs se distinguent très difficilement au point de vue histologique) évolue en général chez l'adulte entre trente et quarante-cinq ans.

La tumeur est indolore, mais elle gêne la déglutition et la respiration. Elle occupe d'une façon très nette l'une des amygdales ou les deux glandes simultanément, sans envahir au début les piliers, ni la base de la langue.

Ces sortes de néoplasmes arrivent à acquérir un volume considérable avant de s'ulcérer. Ils sont aussi, pour ce motif, plus gênants que douloureux. Leur marche est tout d'abord assez lente, mais de très bonne heure on voit apparaître de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et cervicaux ; le réseau lymphatique est atteint jusque derrière la clavicule. Les ganglions sont toujours d'un volume assez considérable, nettement séparés les uns des autres, quelquefois douloureux au toucher, surtout ceux qui sont le plus rapprochés de la tumeur, par conséquent de la partie supérieure. Il arrive assez souvent que le lymphadénome a été confondu avec une simple hypertrophie amygdalienne unilatérale et que l'intervention chirurgicale a donné lieu à des mécomptes, en ce sens que si la tumeur n'a pas toujours récidivé sur place, les ganglions ont été le siège de néoplasies secondaires ; l'état général s'est alors rapidement aggravé. L'adénopathie qui accompagne ces sortes de tumeurs me paraît être le symptôme culminant qui permet d'en établir assez nettement le diagnostic. Les ganglions forment une masse dure, bosselée, occupant très souvent l'angle de la mâchoire au-dessous du lobule et même au-devant du pavillon de l'orcille. Ils acquièrent un volume considérable, surtout au moment où la tumeur ulcérée et fongueuse se développe vers le naso-pharynx, la base de la langue, infiltrant le voile du palais qui se confond alors avec la dégénérescence pathologique. Cette dernière ne saigne pas facilement, elle forme plutôt une masse indurée, rosée et bosselée, mais sans ulcération sanieuse et déchiquetée, comme on en voit dans les épithéliomas ulcérés de cette région.

Épithélioma. — La forme squirrheuse est, on peut le dire, tellement exceptionnelle du côté de l'arrière-gorge, qu'il suffit d'en signaler la possibilité sans y insister autrement.

Par contre, l'épithélioma vulgaire est assez fréquent dans cette

région. Il débute indistinctement par l'amygdale, la luette, le voile du palais, ou l'amygdale linguale.

Les symptômes fonctionnels sont ceux des tumeurs malignes de l'amygdale en général. Ils rappellent beaucoup ceux du sarcome avec cette différence que très fréquemment l'expectoration est sanguinolente ou sanieuse, même au début. De même les douleurs spontanées souvent très violentes à la période confirmée de l'affection, sont presque de règle dans ces cas. Elles s'irradient à tout le côté de la tête et particulièrement à l'oreille correspondant à l'amygdale atteinte. Ces douleurs revêtent le caractère névralgique, elles sont réveillées par les mouvements de mastication, par la déglutition de la salive ou des aliments. Il n'est pas rare de les voir apparaître par crises, sans cause appréciable.

A l'examen on aperçoit habituellement une tumeur rougeâtre, d'aspect mamelonné, ayant, au début, la forme d'une petite mûre, puis bientôt d'un véritable champignon, dont la tête est formée de mamelons en chou-fleur, grisâtres par place, elle est recouverte d'exsudats diphtéroïdes entourée d'une muqueuse rouge, infiltrée. A une période plus avancée, il existe des ulcérations superficielles en apparence, dont les bords sont durs, irréguliers, exubérants, mais non décolorés.

La marche est généralement progressive et l'on voit le néoplasme, s'il a débuté par l'amygdale, gagner successivement les piliers, la base de la langue, l'entrée du larynx, du pharynx, etc. S'il a commencé par le voile du palais ou la luette, il s'étend vers les parties latérales de ces organes, puis gagne l'amygdale elle-même et les autres régions que je viens d'énumérer. Il faut dire cependant qu'il reste quelquefois cantonné pendant plusieurs mois dans le point initial ; c'est seulement à la période d'ulcération qu'il envahit rapidement les parties voisines.

L'adénopathie, souvent très précoce, occupe habituellement les ganglions sus-angulo-maxillaires, le voisinage du sterno-mastoïdien et de la carotide. Il n'est pas rare de trouver l'adénopathie très prononcée du côté opposé à la lésion. Les ganglions ont tous les caractères que j'ai signalés plus haut.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISON. — La marche de l'épithélioma de l'arrière-gorge, assez lente au début, peut, de temps à autre, revêtir une forme aiguë et en quelques mois enlever rapidement le malade Sa durée est habituellement de un an à dix-huit mois ; chez certains sujets un peu âgés, l'affection peut se prolonger pendant un laps de temps plus long. La mort survient par cachexie, soit que le malade s'alimente mal, par suite des troubles de la déglutition, soit qu'il avale une portion des produits qui s'exhalent de sa tumeur, soit qu'il se produise des hémorragies graves l'affaiblissant, soit enfin que les organes voisins s'infectent à leur tour. La mort subite par hémorragie ou suffocation est loin d'être rare dans cette forme de néoplasie maligne de l'arrière-gorge.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic peut, au début, offrir certaines difficultés, car on pourrait songer à un chancre ou à une gomme syphilitique ulcérée. Par contre, les corps étrangers ne sauraient être une cause d'erreur.

La marche de l'affection syphilitique est ordinairement plus rapide. Dans tous les cas, si le diagnostic n'était pas très net, le traitement spécifique aurait bien vite levé tous les doutes.

Comme bien des cancéreux hommes sont d'anciens syphilitiques, il est important de savoir que le traitement spécifique peut avoir, même dans les cas de tumeurs malignes, un semblant d'influence favorable sur la marche de la maladie. C'est ainsi que certains cancéreux de l'arrière-gorge paraissent s'améliorer après huit à dix jours de traitement biioduré, mais si l'on prolonge l'application de ce remède, on voit bientôt la production pathologique reprendre son cours ordinaire, et quelquefois même, sous l'influence de ce coup de fouet, marcher plus vite qu'elle ne le faisait auparavant.

Si l'on est en présence d'un cas hybride, le traitement spécifique fera disparaître toute la lésion qui se rattache à la syphilis, pour laisser ensuite la tumeur réduite à ses proportions normales. Puis cette dernière évoluera pour son propre compte, comme il a été dit plus haut.

Ce sont il faut l'avouer, des formes embarrassantes au premier abord, car le diagnostic peut être hésitant ; généralement, la présence d'une ulcération serpigineuse profonde, à bords saillants peu indurés, doit faire songer à la syphilis, tandis que l'existence d'une tumeur bourgeonnante, formée de petits mamelons granuleux à surface granitée rouge saignant facilement, plaidera en faveur d'un néoplasme.

J'insiste souvent à ma clinique sur un ensemble de signes fonctionnels qui me paraissent appartenir presque exclusivement aux dégénérescences malignes de la muqueuse de la région amygdalienne. Ce sont : ***les douleurs spontanées, l'expectoration sanglante*** ou sanguinolente (filets de sang) et l'apparition ***précoce*** de ***l'adénopathie spéciale*** qui accompagne ces sortes de productions morbides.

Traitement — Lorqu'on assiste tout à fait au début d'une dégénérescence épithéliale, il est possible d'essayer un traitement qui doit être d'emblée chirurgical ; il consiste à enlever la partie malade. Si le néoplasme a débuté par la luette ou par la portion libre du voile du palais il est très possible d'aller avec le galvano ou le thermo-cautère tailler tout autour dans les parties saines et obtenir une guérison parfaite, souvent on peut dire définitive. J'ai observé le fait à différentes reprises et j'ai encore par devers moi l'observation d'un malade porteur d'un épithélioma de la base de la luette, opéré comme il vient d'être dit et guéri depuis plusieurs années.

Par contre, si la tumeur a débuté par l'amygdale la base de la langue ou les piliers, toute intervention est absolument illusoire. En effet, il est rare que l'ablation complète de l'amygdale, des piliers, de la langue même, ne soit suivie dans ces cas d'une récidive au moins ganglionnaire, quand ce n'est pas sur place qu'on voit apparaître de nouveau la dégénérescence épithéliale.

Si l'on avait la chance d'assister tout à fait au début d'un épithélioma ou d'un sarcome bien localisé à l'amygdale elle-même, alors qu'il n'y a pas encore de ganglions (fait très rare du reste), il serait peut-être possible d'obtenir un résultat durable par l'opé-

ration. Par contre, si la tumeur a envahi tout un côté de la gorge, qu'elle n'ait de limites ni sur la langue, ni sur le pilier, ni sur l'amygdale, l'opération est absolument impossible, car on ne sait jamais jusqu'à quel point les ganglions sont atteints.

Dans tous les cas, si on se décidait à une intervention chirurgicale il faudrait lier la carotide externe, faire une résection temporaire du maxillaire inférieur pour le relever et aller par cette voie vider toute la loge amygdalienne et la base de la langue. La trachéotomie n'est pas indispensable mais l'opérateur doit être prêt à la pratiquer si elle devenait urgente. C'est une opération qui a été proposée et pratiquée avec succès par quelques chirurgiens. Malheureusement, je le répète, la guérison définitive dans ces cas est des plus aléatoires [1].

Si l'on ne peut intervenir d'une façon aussi énergique, il faut se borner à essayer de retarder l'évolution du néoplasme. On emploiera dans ce but, avec avantage, pour empêcher le bourgeonnement de la tumeur, soit un gargarisme à l'extrait de thuya ou de chélidoine, soit des attouchements du tissu morbide avec cette même solution. C'est ainsi que l'on peut employer la solution suivante :

Solution avec :

Solution d'adrénaline a 1 p. 1000. Extrait de thuya.	àà 5 grammes.
Teinture de chélidoine. . . . . . Glycérine pure.	àà 30 grammes.

Pour toucher les parties malades, ou bien mettre une cuillerée à café de ce liquide dans un demi-verre d'eau tiède pour employer en gargarismes plusieurs fois par jour.

Ces attouchements pourront être répétés une fois tous les jours ; ils ont l'avantage non de guérir le malade, mais d'empêcher comme je le disais plus haut, le bourgeonnement de la tumeur et par conséquent de diminuer en partie les troubles de la déglutition. On évite souvent par ce moyen les troubles de la respiration et partant la trachéotomie.

[1] Voir pour plus de détail p. 246.

De même on pourra essayer les injections interstitielles de cacodylate ou même d'arséniate de soude qui paraissent avoir donné quelques résultats appréciables, du moins pour retarder l'évolution de certaines tumeurs malignes de l'arrière-gorge. Tonifier le malade, soutenir ses forces, calmer ses douleurs, telles seront les bases du traitement dans les formes confirmées et graves de cette douloureuse affection.

Peut-être la radiothérapie ou le traitement par le radium donneront-ils de meilleurs résultats que ceux obtenus jusqu'à ce jour avec les remèdes que je viens d'indiquer.

III

PATHOLOGIE DE L'AMYGDALE LINGUALE

INFLAMMATION AIGUE (FOLLICULITE) DE L'AMYGDALE LINGUALE

L'infection au lieu d'atteindre les amygdales buccales peut se cantonner aux follicules de la base de la langue pour constituer l'amygdalite linguale ou pré-épiglottique. Cette affection, surtout fréquente chez l'adulte, passe souvent inaperçue faute d'un examen suffisant, bien que les troubles locaux prennent dans certains cas, une intensité remarquable.

Je ne parlerai pas des phénomènes généraux qui sont habituellement ceux que j'ai exposés à propos de l'angine catarrhale aiguë. Ce qui distingue l'inflammation linguale, c'est d'abord l'existence de la douleur réveillée par la pression sur les côtés du cou vers les grandes cornes de l'os hyoïde et les troubles de la déglutition qui sont ordinairement très intenses surtout la nuit; il n'est même pas rare de constater un peu de gêne de la respiration due au refoulement de l'opercule glottique sur l'entrée du larynx. La phonation est également douloureuse et difficile, par immobilisation partielle de la langue.

Seul l'examen avec miroir laryngien permet de reconnaître l'existence de la lésion, le gonflement de la région atteinte et l'enduit pultacé discret qui recouvre certains follicules de l'amygdale linguale.

Le traitement sera le même que celui de l'amygdalite ordinaire, avec cette différence qu'il faudra conseiller au malade de pencher fortement la tête en arrière pour que le gargarisme, ou

plutôt le bain de gorge pénètre jusque sur le point atteint. On pourrait même obtenir ce résultat en priant le malade de répéter en se gargarisant la syllabe « glou » et en faisant ce que Moura-Bourrouillou appelait avec raison le glougourisme. Une fois l'affection aiguë guérie, il faudra voir s'il ne reste aucun point hypertrophié ou encore infecté, sur lequel il sera bon d'appliquer un traitement dont je parlerai plus tard à propos de l'hypertrophie de cet amas de follicules clos.

ABCÈS DE L'AMYGDALE LINGUALE

On désigne sous ce nom l'inflammation suppurée atteignant la base de la langue au niveau de l'espace occupé par l'amygdale linguale.

Étiologie. — Les causes de l'abcès de cette région sont celles de toutes les angines phlegmoneuses en général; toutefois, il faut citer les érosions de la muqueuse par des corps étrangers (Seifert) ou les infections brusques dues aux cautérisations galvaniques (Cartaz, Marion).

Symptomes. — L'affection s'annonce, en général, par une sensation de gêne à la déglutition, habituellement localisée d'un côté; la douleur provoquée par le passage des aliments devient rapidement très intense et s'irradie à l'oreille du côté atteint. Les frissons, la céphalée, l'embarras gastrique, en un mot, la série des troubles fonctionnels qui accompagnent le phlegmon de l'arrière-gorge sont le cortège habituel de cette forme d'infection.

Suivant que l'abcès est plus ou moins volumineux et plus ou moins localisé, on constate de la dysphagie qui ne manque jamais. La voix peut être normale mais elle est ordinairement altérée dans son timbre, elle devient empâtée par infiltration et immobilisation de la base de la langue. De ce fait l'articulation se trouve fortement modifiée.

D'un autre côté, à une période avancée de la maladie, l'obstruction de l'entrée des voies aériennes par l'épiglotte repoussée en

avant et l'infiltration des tissus voisins, expliquent encore les caractères « étouffés » de la voix.

Les troubles respiratoires, très peu marqués, parfois nuls, dans les cas où l'infiltration très localisée est peu intense, prennent souvent une intensité considérable et donnent lieu à du tirage et du cornage. Dans les formes graves, l'infiltration œdémateuse soit de l'épiglotte, soit de ses replis, peut être telle qu'il est nécessaire de pratiquer la trachéotomie pour parer à l'asphyxie imminente.

Symptômes locaux. — A l'examen de l'arrière-gorge on ne constate souvent aucune sorte de lésion, sauf quelquefois un peu de rougeur : le symptôme important est la douleur provoquée par l'abaissement forcé de la langue pendant l'examen du pharynx buccal. Cet organe est généralement peu mobile, et douloureux au moment où le malade le tire au dehors pour permettre de pratiquer l'examen laryngoscopique. Il est possible de voir la région à l'aide de l'abaisse-langue mais en général il est préférable d'employer le miroir qui donne une idée plus exacte de l'altération morbide. Suivant la période de la maladie et suivant son intensité, on constate au début une tuméfaction habituellement unilatérale, d'un rouge assez foncé ; la paroi est tendue, lisse, occupant l'espace compris entre les fossettes glosso-épiglottiques.

A un stade plus avancé, la muqueuse prend une teinte jaunâtre, qui dénote parfaitement de la présence du pus à son intérieur. Dans les formes plus graves, où l'abcès est beaucoup moins limité, on aperçoit une infiltration diffuse de toute la base de la langue accompagnée d'œdème de la face linguale de l'épiglotte, plus rarement des replis ary-épiglottiques ; ces derniers peuvent cependant être infiltrés au point de gêner la respiration ; cette gêne est encore exagérée par l'immobilisation ou la parésie de l'opercule glottique.

Le toucher extrêmement douloureux, révèle habituellement, lorsqu'il est possible, une sensation de tuméfaction plutôt que de véritable fluctuation, cette dernière étant habituellement très difficile à percevoir à ce niveau. Toutefois, il est possible dans quel-

ques cas, avec deux doigts portés sur la base de la langue, d'avoir la perception du reflux du liquide d'un côté à l'autre.

L'adénopathie, tantôt nulle, peut, au contraire, être assez considérable pour appeler l'attention; les ganglions rétro-maxillaires lorsqu'ils sont tuméfiés sont douloureux au toucher.

Marche. Durée. Terminaison. — L'affection évolue habituellement comme un abcès amygdalien ordinaire. S'il n'a pas été fait de traitement actif, la poche s'ouvre spontanément et tout rentre ensuite dans l'ordre. Mais il faut savoir qu'il peut subsister un trajet fistuleux ou bien une poche qui se vidant mal, s'infecte à nouveau après un certain temps de répit.

Complications. — Les complications les plus importantes sont les œdèmes de voisinage avec gêne de la respiration ou encore les infiltrations purulentes de la région sub-linguale, dont on connaît la gravité. Nous ne parlerons pas des complications à distance, car ce sont celles des amygdalites phlegmoneuses en général.

Le pronostic dépend du degré d'infiltration, de son étendue et souvent même du traitement appliqué pour guérir le malade.

Diagnostic. — Le diagnostic est généralement facile si l'attention est appelée de ce côté et si l'on a l'habitude d'examiner l'arrière-gorge à l'aide du miroir laryngoscopique. Une tuméfaction très douloureuse, localisée en un point de la base de la langue évoluant d'une façon aiguë, doit immédiatement faire penser à la possibilité d'un abcès de cette région. Nous ne pensons pas qu'en aucun cas, on puisse confondre l'angine de Ludwig (phlegmon gangreneux sus-hyoïdien) avec l'affection qui nous occupe. Les symptômes de cette dernière sont beaucoup trop nets pour que l'on puisse songer à la possibilité d'une telle confusion. De même les abcès aigus localisés à l'épiglotte se reconnaissent aisément en examinant la région avec le miroir.

Traitement. — On pourra appliquer ici le traitement dont nous avons parlé à propos des amygdalites phlegmoneuses, De même

que pour ces dernières, nous sommes d'avis qu'il faut aussitôt le diagnostic d'abcès lingual établi, ouvrir le foyer, de préférence avec le galvanocautère. Nous ne comprenons pas en effet comment l'abstention pourrait être préconisée dans le cas où il est certain qu'il existe une collection purulente vers la base de la langue. Il n'est pas toujours possible de dire dès le début, si l'abcès restera cantonné au point initial ou si au contraire, il s'étendra soit au larynx, soit aux parties voisines.

L'ouverture sera faite sous le miroir laryngien, après cocaïnisation de la région; le galvano-cautère offre encore ici l'avantage, tout comme pour les abcès amygdaliens, de pouvoir pénétrer dans leur profondeur, pour les ouvrir largement et favoriser l'évacuation complète du pus qu'ils contiennent.

Une fois l'abcès vidé, on appliquera le traitement que nous avons déjà préconisé dans le chapitre précédent. Il va sans dire que s'il existe des complications locales ou à distance, elles seront traitées par les moyens appropriés. L'extension de la suppuration au plancher de la bouche nécessiterait, bien entendu, l'ouverture extérieure large et rapide, pour éviter les accidents qui sont habituellement la conséquence des phlegmons de cette région.

La trachéotomie sera réservée aux cas où la vie du malade serait en danger, par suite de la gêne respiratoire.

ABCÈS CHRONIQUE DE LA BASE DE LA LANGUE

On peut rencontrer dans l'amygdale linguale, des suppurations chroniques se traduisant par l'évacuation à peu près constante du pus en avant de l'épiglotte. Cette forme d'abcès est cependant assez rare et n'a pas été, je crois, signalée par les différents auteurs qui se sont occupés des affections de cette quatrième amygdale. J'ai eu l'occasion d'en rencontrer quelques exemples, dont un très net, chez une femme d'une cinquantaine d'années qui crachottait à chaque instant du pus et chez laquelle en pressant sur la base de la langue à l'aide de la spatule, on faisait sourdre dans

la partie moyenne et au milieu de l'amygdale linguale une certaine quantité de pus dont le goût était désagréable à la malade. Il n'existait, en dehors d'un peu de rougeur et de gonflement de la glande, aucune sorte d'adénite, ni empâtement appréciable. De temps à autre, soit par suite de refroidissement, soit à la suite d'ingestion de liquide irritant ou de tout autre motif, on voyait survenir une poussée de suppuration aiguë accompagnée de douleur, de tuméfaction plus ou moins notable de la région, quelquefois même d'infiltration œdémateuse de la face linguale de l'épiglotte et des replis glosso-épiglottiques.

On peut se demander dans ces cas, s'il s'agit d'un folliculite chronique suppuré, véritable adénoïdite, ou simplement d'un kyste de la région, dont la poche infectée s'est ouverte à l'extérieur, peut-être même d'une suppuration du canal dit de Bochdaleck (canal thyréo-lingual) (voir p. 155).

Le traitement consiste : 1° à agrandir aussi largement que possible l'ouverture de l'abcès; 2° à l'écouvillonner jusque dans sa profondeur, avec une solution de chlorure de zinc.

En cas d'insuccès, on sera autorisé à faire un curettage sérieux de la région, de manière à asepsier le fond de la poche et à obtenir la guérison de cet abcès. Il ne faut pas oublier en effet qu'une suppuration placée à ce niveau peut devenir le point de départ d'accidents fort graves dont la mort pourrait être la conséquence si un traitement actif n'intervenait pour arrêter les accidents qui découleraient de pareille infection. La malade à laquelle j'ai fait allusion plus haut n'a guéri que grâce à l'ouverture large de la base de la langue faite par la voie externe transhyoïdienne (méthode de Gussenbauer et Vallas).

HYPERTROPHIE DE L'AMYGDALE LINGUALE

On désigne sous ce nom l'hypertrophie de l'amas des follicules clos situés entre la base de la langue et l'épiglotte.

Étiologie. — Ce fut seulement en 1880 que le Dr Lennox-Browne, le premier, signala les troubles apportés par l'exagéra-

tion de volume et l'inflammation chronique des follicules clos accumulés à la base de la langue. Depuis cette époque un grand nombre de monographies ou de travaux ont été consacrés à cette affection, sur laquelle Ruault, en France, a le premier appelé l'attention.

L'étiologie se confond avec celles des autres variétés d'hypertrophies amygdaliennes. Les inflammations répétées, certaines maladies générales infectieuses (rougeole, grippe, scarlatine, rhumatisme, etc.) semblent avoir une influence marquée sur son développement.

Il y a déjà bien des années que nous avons nous-mêmes démontré l'influence de la syphilis secondaire sur cette hypertrophie qui, momentanée d'abord, peut devenir définitive à la suite de l'infection spécifique.

L'usage habituel de la voix parlée ou chantée est également une cause certaine d'inflammation et de tuméfaction chronique de cette amygdale.

D'après Ruault l'affection s'observerait surtout chez l'adulte, entre dix-huit et cinquante-cinq ans, mais nons pensons avec Escat, que certaines toux infantiles rebelles pourraient bien être sous la dépendance de l'hypertrophie persistante de ces amas de follicules clos préépiglottiques.

On peut encore rencontrer l'hypertrophie de l'amygdale linguale dans la leucémie ou la pseudo-leucémie (Mongardi).

Symptomes. — A. *Fonctionnels.* — Chez quelques malades l'hypertrophie de l'amygdale linguale ne se manifeste par aucune espèce de trouble, on la découvre pour ainsi dire par hasard, en pratiquant l'examen du larynx, à propos d'un enrouement ou d'une altération fonctionnelle quelconque de l'organe vocal.

D'autres fois, les sujets porteurs de cette lésion se plaignent d'une sensation de corps étranger ou d'un besoin incessant de racler leur gorge. Parfois c'est une toux quinteuse gutturale, extrêmement désagréable, qui constitue le symptôme dominant.

La plupart des auteurs ont attribué l'existence de cette hypertrophie à une sorte de ténesme pharyngé (Lennox-Browne), des

sensations de peaux, de cheveux, de boule même qui à vrai dire nous paraissent tenir à un état nerveux du malade plutôt que résulter de cette lésion locale. On a même signalé des spasmes de l'œsophage (Joal), des asthmes bronchiques (Heymann, Seifert), des crises syncopales (Chauveau). J'ai constaté, souvent chez les chanteurs de profession des enrouements fréquents dus très vraisemblablement à la congestion de l'arrière-gorge, ou peut-être à des efforts vocaux excessifs.

Ces troubles fonctionnels apparaissent surtout au moment où les glandes tuméfiées subissent une poussée inflammatoire si légère soit-elle.

Toutefois, d'accord avec Escat, je crois que la plupart du temps, il n'y a pas de parallélisme entre le degré de l'hypertrophie et l'intensité de la réaction observée. En effet, les divers troubles que je viens d'énumérer s'observent chez les malades ayant peu ou pas d'hypertrophie de l'amygdale linguale, de même qu'on les voit très souvent persister après que cette glande a été réduite à un volume normal. Ils sont donc souvent plutôt sous la dépendance d'un état névropathique général que consécutifs au gonflement des follicules clos de la base de la langue.

A l'examen objectif, qui ne peut être bien fait qu'à l'aide du miroir laryngien, on constate une série de follicules clos disséminés en avant de l'épiglotte. Ils ont le volume d'un petit pois, ou même par places d'une graine de groseille ; variant comme couleur, du rouge sombre au rouge vif, suivant le degré d'inflammation dont ils sont le siège. Entre les follicules, on aperçoit un lacis de veines plus ou moins dilatées et sinueuses, ayant toujours un aspect bleuâtre assez foncé.

D'autres fois, l'hypertrophie est plus massive (Sallard) ; on voit alors de chaque côté du repli glosso-ary-épiglottique médian, deux masses latérales formées de mamelons granuleux, acquérant dans quelques cas le volume d'une amande. Souvent elles sont creusées de sillons antéro-postérieurs divisant chacun de ces groupes en un ou plusieurs lobes. Dans ces cas, les follicules touchent le bord antérieur de l'épiglotte qu'ils refoulent même

vers le larynx, empêchant cet opercule de se relever convenablement pendant l'examen laryngoscopique.

Dans quelques cas, le tissu adénoïde hypertrophié s'étend sur les parties latérales de la langue, pour arriver jusqu'à la base du pilier antérieur, où il fait saillie, sous la forme d'une petite aigrette rouge, simulant un véritable polype. Il n'est pas rare alors de voir les follicules latéraux se continuer avec l'amygdale palatine. Ainsi s'explique du reste le passage de certaines ulcérations (tuberculeuses en particulier) de l'une à l'autre de ces deux amygdales.

Anatomie pathologique. — Les lésions histologiques étudiées autrefois par Swain, et refaites il y a quelques années à ma clinique par le Dr Brindel démontrent une ressemblance à peu près complète avec les altérations observées dans les hypertrophies des amygdales buccales.

Marche. Durée. Terminaison. — L'affection est généralement stationnaire. Toutefois, si le groupe de follicules clos subit des poussées inflammatoires répétées, il n'est pas douteux qu'on peut les voir se développer au point d'atteindre un volume assez considérable pour simuler une véritable tumeur mobile de la base de la langue. J'ai même vu chez quelques malades cette quatrième amygdale atteindre un volume assez considérable pour pouvoir être enlevée à l'anse froide, tout comme s'il s'était agi de masses polypoïdes.

La durée de l'affection peut être indéfinie, mais il est assez habituel de voir ce tissu adénoïde, tout comme celui de l'arrière-gorge et du naso-pharynx, diminuer avec l'âge et avoir ordinairement disparu chez les vieillards. Cette règle est cependant loin d'être absolue, car j'ai pu retrouver des amygdales linguales hypertrophiées chez des malades âgés de soixante ans et même au delà de cet âge.

Pronostic. — Le pronostic, en général bénin, devient plus grave chez les professionnels de la voix (orateurs, chanteurs, etc.)

par les troubles vocaux qu'entraîne ou entretient cette affection. De même chez quelques nerveux, l'hypertrophie de l'amygdale linguale suffit pour occasionner une sensation d'obstruction de l'arrière-gorge (Ruault), qui finit par avoir un retentissement fâcheux sur l'état moral des sujets impressionnables à l'excès.

Diagnostic. — Le diagnostic se fera surtout par l'examen direct du malade. En effet, sauf peut-être la toux gutturale désagréable, le besoin persistant de racler la gorge qu'éprouvent certains malades, au moment de légères poussées inflammatoires, tous les autres symptômes se rencontrent dans la plupart des affections du larynx et en particulier dans ce qu'on appelle les troubles paresthésiques du pharynx.

Les sensations de constriction, de boule et en général de corps étrangers, devront plutôt faire songer à des troubles neurasthéniques qu'à une lésion de la base de la langue. Je ne crois pas qu'il faille insister sur le diagnostic différentiel entre l'hypertrophie amygdalienne et les tumeurs vraies de cette région, les symptômes qui différencient ces deux sortes de lésions sont beaucoup trop nets pour qu'il soit utile de les décrire.

Seule l'hypertrophie secondaire de la syphilis pourrait en imposer pour une hypertrophie simple, mais je rappellerai que cette sorte d'accident est généralement accompagnée d'autres altérations locales ou à distance (plaques buccales ou amygdaliennes, roséole, adénopathie) qui dans ces cas douteux mettraient bien vite sur la voie du diagnostic.

Traitement. — Si l'amygdale n'a pas acquis un volume trop considérable et si elle est simplement sujette à des poussées inflammatoires, on pourra d'abord essayer le traitement médical qui consistera en gargarismes iodo-iodurés, d'après la formule suivante :

Solution avec :

Iodure métallique.	0,30 centigrammes
Iodure de potassium	0,40 »
Laudanum de Sydenham	4 grammes
Glycérine.	120 »

Ou encore :

Antipyrine . . . . . . }	àà 5 grammes
Resorcine . . . . }	
Eau de laurier-cerise . .	15 »
Glycérine pure	150 »

Une cuillerée à café de l'un de ces deux liquides par demi-verre d'eau tiède, en gargarisme deux ou trois fois par jour. Ces mêmes topiques pourront être employés purs en badigeonnages du fond de la gorge, une ou deux fois par semaine.

Dans d'autres cas, si la formule précédente échouait, ou si elle était mal tolérée, le goût n'en convenant pas au malade, on pourrait encore essayer la solution suivante :

Antipyrine	5 grammes
Teinture de gaïac	15 »
Alcool de menthe	10 »
Glycérine	100 »

Mettre également une cuillerée à café de ce liquide dans un demi-verre d'eau tiède pour employer en bains de gorge matin et soir, ou même pur, en badigeonnage, de temps à autres, avec un pinceau, sur les parties malades.

Si, au contraire, les follicules hypertrophiés sont assez volumineux pour gêner les malades d'une façon constante, le meilleur moyen sera de les réduire à des proportions moindres ; pour cela, il faut employer le couteau galvanique appliqué à plat sur les parties hypertrophiées, en ayant soin de pénétrer jusque dans l'épaisseur du tissu à réduire. Il sera bon de faire ces cautérisations électriques d'un seul côté d'abord, afin de ne pas trop gêner la déglutition des malades. Une fois ce premier point guéri, on attaquera alors le côté opposé et ainsi de suite, jusqu'à complète réduction.

Si l'amygdale est très saillante et que l'on désire agir plus vite, on pourra procéder à son ablation. Dans ce but, on fera usage du tonsillotome de Lennox-Browne ou des pinces à morcellement de Furet, Escat, ou celles que j'ai moi-même préconisées

dans le même but, ces trois instruments ayant entre eux la plus grande ressemblance.

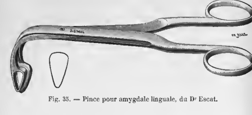


Fig. 35. — Pince pour amygdale linguale, du Dr Escat.

D'autres fois on pourra se servir d'une anse froide ou galvanique,



Fig. 36. — Amygdalotome de Lennox-Browne, se fait légèrement coudé pour saisir et enlever l'amygdale linguale hypertrophiée.

après lui avoir donné, cela va sans dire, une courbure convenable pour enserrer le tissu hypertrophié.

Enfin, certains auteurs ont conseillé la curette qui peut également remplir le même but. Il est bon de rappeler ici qu'il ne faut pas aller jusque dans le tissu sous-amygdalien, pour ne pas créer de synéchies cicatricielles qui seraient peut-être plus douloureuses et plus désagréables que l'affection dont on voulait débarrasser le malade. Inutile d'ajouter qu'après avoir subi cette manœuvre, l'opéré devra autant que possible, surtout l'hiver, garder la chambre pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, et se baigner fréquemment la gorge avec un gargarisme émollient (Voir p. 32).

KYSTES DE L'AMYGDALE LINGUALE ET DU CANAL DE BOCHDALECK

Les Allemands ont décrit sous ce nom une sorte de petit conduit borgne aboutissant au foramen cæcum. Ce canal d'après M. Verchère et surtout M. Dénucé, qui ont donné de ces kystes une très bonne description, existerait chez le quart des sujets environ. Parti de la paroi postérieure du foramen, il se dirige en bas et en arrière, vers le repli glosso-épiglottique médian. Richement pourvu de glandes, ce conduit est revêtu d'épithélium cylindrique à cils vibratiles, il peut même être pourvu de quelques diverticules, contenus dans l'épaisseur du muscle génioglosse. On comprend dès lors que l'occlusion d'un semblable canal puisse devenir le point de départ de rétentions kystiques.

Le nombre d'observations de ce genre est encore très restreint.

Le volume de ces tumeurs est extrêmement variable : tantôt de la grosseur d'une graine de groseille ou d'une noix, elles peuvent occuper toute l'épaisseur de la langue et acquérir un volume suffisant pour gêner la respiration par le refoulement de l'épiglotte.

L'aspect extérieur de ces kystes ne diffère en rien de ceux qu'on observe sur cette région ; seuls leur siège et les caractères du liquide qu'ils contiennent permettent d'établir le diagnostic exact de leur nature. Le contenu est en effet muqueux, il renferme en outre de nombreuses cellules épithéliales cylindriques, détachées des parois du canal. On a même vu le liquide s'infecter et devenir

purulent, pour constituer probablement les suppurations chroniques que j'ai signalées plus haut (Voir p. 147).

A côté de ces tumeurs nées aux dépens du canal thyrolingual, on peut observer également de véritables kystes glandulaires dus à la dilatation d'un canalicule ou d'une glande de cette région ; ces kystes occupent soit la face linguale de l'épiglotte, soit même la base de la langue (repli glosso-épiglottique médian) ou la partie latérale de ce repli.

Ces kystes se présentent en général sous l'aspect de tumeurs globuleuses de couleur jaunâtre, à parois lisses, unies, tendues, parcourues par un fin lacis vasculaire. Leur consistance est très dure, comme celle des tumeurs à parois tendues. Leur contenu est généralement liquide, colloïde, il peut même être purulent. Tout comme dans les kystes du canal de Boehdaleck, on rencontre sur les parois de l'épithélium à cils vibratiles, ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de le constater en opérant quelques-unes de ces productions morbides à l'aide de la pince coupante, qui permet de ramener au dehors une portion de leur poche. Aussi je suis disposé à penser que c'est plutôt d'après le siège du kyste que d'après la nature de son contenu qu'il est possible de faire le diagnostic différentiel entre ces sortes de dégénérescences morbides.

Traitement. — Quelle que soit du reste la rétention kystique que l'on a sous les yeux, le traitement est le même. Il faut l'ouvrir, le vider et même exciser une portion de son enveloppe, de façon à obtenir la guérison. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de supprimer complètement la poche pour guérir le malade car, lorsque le contenu a été vidé d'une façon large et que la paroi a été en partie excisée ou même simplement ouverte au galvanocautère, il est assez de règle de voir ces sortes de kystes guérir définitivement. Les mouvements incessants de la langue et le passage constant des aliments empêchent sans nul doute la soudure de se faire à ce niveau et favorisent l'infection secondaire des lèvres de la plaie, ce qui contribue à débarrasser définitivement les malades de leur néoplasie.

VARICES DE LA BASE DE LA LANGUE

Comme suite aux tumeurs bénignes de la base de la langue, je dirai quelques mots des varices de cette région.

Habituellement, lorsqu'on pratique l'examen du larynx ou de l'amygdale linguale, on voit ramper dans cette région, particulièrement chez l'adulte, deux ou trois groupes veineux formés de vaisseaux s'anastomosant l'un dans l'autre et se collectant enfin en deux ou trois rameaux qui vont se jeter dans la veine jugulaire interne. Ces veines peuvent, comme tous les vaisseaux de cette nature, former des cordons plus ou moins bosselés, violacés, se présentant sous la forme de petits paquets pelotonnés ayant un volume variable et surtout très visibles chez les vieillards. Ce sont là des ectasies variqueuses qui ont été parfaitement décrites par un de mes élèves, le Dr Manon, dans son travail inaugural (*Thèse de Bordeaux*, 1886).

A ces ectasies variqueuses superficielles, viennent habituellement s'ajouter des varices profondes qui ne se manifestent à l'intérieur par aucune sorte de symptômes fonctionnels ou objectifs. Ces ectasies même des veines de la base de la langue ne déterminent l'apparition d'aucun symptôme, car on ne saurait leur attribuer les sensations de corps étranger, les névralgies ou autres troubles parasthéniques qui appartiennent plutôt à une véritable névrose de l'arrière-gorge qu'à la lésion constatée à l'examen direct. Le seul trouble fonctionnel pouvant résulter de l'existence de ces dilatations veineuses est l'hémorragie qui, généralement peu abondante, se produit le plus souvent à l'occasion de la déglutition d'aliments épicés ou de liquides irritants, alcool, etc.

On peut encore voir survenir ces écoulements sanguins dans les crises d'inflammation aiguë, ou lorsque les malades font des efforts violents pour tousser et expulser le soi-disant corps étranger qu'ils ressentent à leur arrière-gorge.

La quantité de sang expulsée n'est jamais très considérable,

néanmoins, l'apparition de ce symptôme effraie toujours les malades qui en sont porteurs et il est rare qu'ils ne viennent pas consulter le médecin pour savoir d'où provient l'effusion sanguine dont ils ont constaté la présence. Presque toujours on redoute dans ces cas l'évolution d'une tuberculose pulmonaire, dont l'hémoptysie serait le signe précurseur.

A l'examen direct, on constate ces paquets veineux dont je viens de parler, souvent même on les voit saigner au moindre attouchement ou pendant l'effort nauséeux que provoque chez le malade la mise en place du miroir.

Le diagnostic est par conséquent des plus faciles.

Quant au traitement, il consiste soit à prescrire un gargarisme astringent tel que par exemple, solution avec :

Borate de soude	ââ	4 grammes
Antipyrine		
Extrait de ratania		
Teinture de gaïac	15	»
Teinture d'eucalyptus	5	»
Glycérine	130	»

Mettre une cuillerée à café de ce liquide dans un demi-verre d'eau tiède pour se baigner la gorge deux ou trois fois par jour. Au besoin, si l'on voit nettement le point qui fournit l'hémorragie, et que cette dernière soit réellement inquiétante pour le malade, un point de galvano placé sur la veine suffira pour la détruire et faire cesser l'apparition du symptôme. Habituellement, on n'est pas obligé d'employer ce moyen extrême qui du reste peut ne réussir qu'à ouvrir le vaisseau et à augmenter peut-être l'écoulement sanguin, puisqu'il existe sur la base de la langue un véritable lacis veineux dilaté autour de la veine qui saigne. Ces varices de la langue saignantes sont assez communes pour qu'il vaille la peine d'en signaler l'existence, mais je n'ai jamais vu d'hémorragie sérieuse être la conséquence de leur présence dans l'arrière-gorge des malades.

TUMEURS BÉNIGNES DE L'AMYGDALE LINGUALE

Les tumeurs bénignes de l'amygdale linguale sont relativement rares. Étudiées surtout par Rosenberg (Berlin) et Michael (Hambourg) ces sortes de néoplasies ont également fait l'objet du travail inaugural d'un de mes élèves le Dr Dubourdieu.

Symptomatologie. — Les symptômes fonctionnels qu'elles déterminent varient depuis une simple sensation de corps étranger à l'arrière-gorge, jusqu'aux troubles respiratoires les plus graves. La déglutition, habituellement facile, peut être entravée par suite de l'obstacle mécanique apporté au passage des aliments, ou par le passage du bol alimentaire dans les voies aériennes.

Les troubles de la respiration sont assez rares. Pour qu'ils se produisent il faut que le néoplasme volumineux s'appuie sur l'épiglotte et rabatte cet opercule au-dessus de l'orifice glottique. C'est surtout chez les enfants que la respiration peut de ce fait être plus ou moins altérée dans son rythme et dans son amplitude normale.

La toux souvent nulle, est parfois spasmodique, se produisant soit pendant les efforts de phonation, soit à l'occasion des mouvements de déglutition ; elle prend quelquefois le caractère nauséeux. La voix n'est altérée dans son timbre que si la dégénérescence morbide est assez volumineuse pour gêner le fonctionnement des cordes vocales, ce qui est rare ; elle est plutôt étouffée par suite de l'abaissement de l'épiglotte ; elle peut même devenir nasonnée.

L'examen objectif peut être fait soit à l'aide de l'abaisse-langue ordinaire, ou mieux encore avec celui de Kirstein ou d'Escat, par examen direct. Le miroir laryngoscopique est également très commode il risque moins de provoquer des nausées ou des troubles de la respiration, son emploi est généralement plus facile.

L'aspect de la tumeur varie suivant sa nature.

Nous allons passer successivement en revue les différents

néoplasmes que l'on est susceptible de rencontrer dans cette région :

1° Les *papillomes* paraissent être assez rares ils se présentent avec leur aspect muriforme, en chou-fleur, et la teinte gris rosé qui leur est caractéristique. Leur volume peut être variable. Ils sont habituellement pédiculés.

2° Le *fibrome*, le plus souvent associé à du lipome, à du myxome et même à du tissu cartilagineux ou osseux formant une véritable tumeur mixte, se présente sous l'apparence d'une saillie sessile ou pédiculée, dont les dimensions varient de la grosseur d'un haricot à celle d'une petite orange ou même d'une bille de billard (Bill, cité par Escat). Leur aspect est plus ou moins jaunâtre, rougeâtre ou rosé ; leur surface est unie ou un peu inégale. S'ils contiennent du tissu adipeux, chondromateux ou osseux, leur consistance est dure, bosselée. Habituellement cette tumeur est circonscrite et encapsulée dans l'épaisseur de la base de la langue dont elle s'énucléе souvent peu à peu pour venir se pédiculiser plus ou moins et prendre alors une mobilité variable d'après la longueur de son point d'insertion.

Ces sortes de néoplasmes n'ont aucune tendance à s'ulcérer ; cependant, quelques auteurs ont signalé des cas d'hémorragies spontanées comme on en observe dans les polypes fibreux du naso-pharynx. J'avoue n'avoir jamais observé l'existence de ce symptôme.

3° Le *lipome* offre la plus grande ressemblance avec la tumeur précédente. Son volume est extrêmement variable, il a une couleur jaunâtre, apparaissant au-dessous de la muqueuse qui lui forme une simple capsule. Il est lobulé, presque fluctuant en certains points, sa marche est lente. Souvent sessile, il peut aussi se pédiculiser.

4° Le *chondrome et l'adénome* purs de l'amygdale linguale sont presque de véritables curiosités pathologiques, c'est à peine si on en trouve quelques exemples dans la science.

5° *Angiomes.* — Les angiomes de la base de la langue ne sont point très rares. Ce sont en général des tumeurs congénitales coexistant avec des tumeurs analogues d'autres régions (amygdales, épiglotte, face interne des joues, etc.). Leur consistance est mollasse, formée de mamelons plus ou moins irréguliers ayant assez souvent l'aspect muriforme (fig. 37). Leur coloration est bleuâtre, violacée. Ces néoplasmes sont parfois réductibles ou dans tous les cas dépressibles. Si leurs parois viennent à se rompre il peut se produire des hémorragies assez redoutables.

6° *Tumeurs mixtes.*—Les tumeurs mixtes, formées en même temps d'éléments fibro-lipomateux, myxomateux et même chondromateux sont presque les tumeurs les plus fréquentes de la région de l'amygdale linguale. D'après la prédominance de tel ou de tel tissu, elles sont plus ou moins dures, bosselées, inégales, mais presque toujours encapsulées et assez faciles à énucléer.

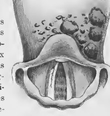


Fig. 37. — Angiome de la base de la langue (occupant l'amygdale linguale du côté gauche).

7° *Goitre lingual.* — Il existe une autre variété de tumeur décrite sous le nom de *goitre de la base de la langue*. Elle est développée aux dépens d'une glande thyroïde accessoire, branchée sur le tractus thyréo-glosse. D'après Curtis et Gaudier qui ont fait de cette affection une étude fort intéressante (*Revue hebdomadaire de Laryngologie*, n° 15, 12 avril 1902) le goitre lingual serait une affection propre au sexe féminin, puisque sur 25 cas, trois seulement auraient trait à des hommes. Il se développerait généralement à l'âge adulte.

Le volume de ces néoplasies est extrêmement variable, il oscille entre les dimensions d'une cerise, d'une noix ou même d'un œuf de poule.

Habituellement, cette production morbide est accompagnée

d'une hypertrophie plus ou moins notable de l'amygdale linguale. Les vaisseaux sanguins de la région sont toujours très développés ; ils forment à la tumeur comme une sorte de couronne serrée, ce qui explique la vascularisation assez notable de ces sortes de goitre. Ce dernier peut être mobile et indépendant des tissus sur lesquels il s'est développé, mais habituellement il forme une masse immobile noyée dans l'épaisseur même de la base de la langue.

En dehors des symptômes ordinaires aux néoplasies de cette région, on peut observer aussi des hémorragies survenant sans cause apparente. Ces pertes de sang n'ont toutefois rien de caractéristique puisque nous savons qu'elles peuvent se produire dans les cas de fibromes, d'angiomes ou de simple état variqueux un peu considérable de cette région.

Un point intéressant de l'histoire de ce goitre lingual est, d'après MM. Curtis et Gaudier, l'absence de glande thyroïde principale qu'on ne retrouve pas à la palpation.

L'évolution de ces productions morbides est mal connue, probablement à cause du peu de symptômes qu'elles occasionnent. C'est pour ainsi dire par hasard, ou lorsque la tumeur a acquis un volume excessif (noix, œuf, etc.) que les malades se plaignent et que l'on constate leur présence.

Pronostic. — En général le pronostic des tumeurs bénignes de la base de la langue est bénin. Même lorsqu'elles ont atteint un volume assez considérable pour déterminer des troubles de la respiration ou de la déglutition, il est rare que les malades meurent du fait de leur affection.

Traitement. — Dans la plupart des cas il est possible d'enlever par les voies naturelles ces sortes de néoplasies. Suivant leur mode d'implantation et leur volume, l'ablation sera faite à l'anse froide ou galvanique, par l'excision, le morcellement ou l'énucléation. Au besoin, contre les tumeurs vasculaires on pourra employer l'électrolyse bi-polaire ou la section galvanique.

Enfin le goitre lingual lui-même pourra être traité de la même manière. Toutefois, pour extirper ces sortes de dégénérescences,

il pourra être nécessaire d'employer la voie externe. On disposera alors : de l'incision médiane sus-hyoïdienne allant du maxillaire inférieur à l'os hyoïde ; le jour ainsi créé est peu considérable et ne rend pas très commode l'accès du néoplasme.

La voie transmaxillaire de Wolff constitue un bien gros traumatisme et ne donne guère un meilleur moyen d'atteindre la base de la langue.

Avec M. Curtis, je préférerais de beaucoup l'incision transhyoïdienne préconisée par Gussenbauer et par Vallas, cette ouverture permet d'aller facilement jusque sur la base de la langue, sur l'épiglotte même pour extraire les tumeurs de cette région. Grâce à ce procédé l'opération est pour ainsi dire exsangue ; elle est relativement facile à pratiquer, surtout si l'on a le soin de faire la trachéotomie préalable, de manière à pouvoir tamponner l'entrée des voies aériennes, tout en continuant aisément la chloroformisation par le tube canulaire.

J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'employer ce procédé et les résultats que j'en ai obtenus ont toujours été excellents. Il est simple, commode, d'une exécution facile et sans danger pour le malade.

Une fois la tumeur enlevée, on réunit les deux lèvres de la plaie linguale par des points de suture profonds, au catgut, puis on tâche d'affronter de même les deux fragments de l'os hyoïde. Le plan musculaire est également réuni au catgut et la peau avec des crins. Il est inutile de laisser un drain quelconque, la plaie n'ayant en général aucune tendance à suppurer. Du reste, s'il se produisait la moindre infection locale, on aurait vite fait sauter les points de suture superficiels et profonds pour placer un drain dans l'intérieur du conduit artificiel créé par cette incision.

La canule trachéale peut être enlevée dans les quarante-huit heures qui suivent l'extirpation de la tumeur, dès qu'on est assuré qu'il ne se fait aucune infiltration séreuse du larynx pouvant gêner la respiration.

Si l'on opère par la voie buccale, avec ou sans trachéotomie, il faudra mettre le malade en position de Rose, de manière à éviter l'entrée du sang dans les voies aériennes.

Je dois rappeler en terminant que dans tous les cas de tumeurs bénignes de la base de la langue, on devra toujours essayer l'énucléation. Ce mode d'extraction, lorsqu'il peut être mis en usage, facilite considérablement l'opération. Il faut pour arriver au but, rechercher avec soin la dernière enveloppe, la véritable capsule du néoplasme et se tenir toujours dans cette couche où le décollement de la poche se fait avec une facilité relative.

IV

PATHOLOGIE DU VOILE DU PALAIS

VICES DE CONFORMATION

Les différents vices de conformation du voile du palais sont : *L'insuffisance vélo-palatine, la bifidité du voile, les absences de piliers et les perforations congénitales.*

A. *Insuffisance vélo-palatine.* — C'est Lermoyez qui en 1892, a l'un des premiers appelé l'attention sur ce vice de conformation caractérisé par une brièveté plus ou moins considérable du voile palatin. L'affection est particulièrement fréquente chez les enfants. Elle est constante chez ceux qui ont été opérés d'uranostaphylorraphie ou même de simple division du voile, car chez eux malgré de larges incisions libératrices latérales (piliers antérieurs) l'étoffe fait toujours défaut et le voile reste constamment trop court.

Le principal symptôme de cette disposition anatomique est une sorte de nasonnement ressemblant plus ou moins aux troubles vocaux des enfants porteurs de parésie ou de paralysie de cet organe. Toutefois, on n'observe pas comme chez eux de reflux des liquides par le nez. Ce trouble de l'articulation, conséquence de la fermeture incomplète du naso-pharynx pendant l'émission de certains sons, a été décrit autrefois par Kussmaul, sous le nom de rhinolalie ouverte. Il est facile de l'atténuer et parfois même de le faire momentanément disparaître en fermant les narines antérieures de l'enfant.

A l'examen, on constate aisément cette brièveté du voile, qui se trouve tendu entre les deux piliers sans pouvoir jamais se relever suffisamment pour aller s'accoler à la paroi pharyngienne. Dans ces cas, on trouve presque toujours la luette petite et mal développée. On conçoit combien la rhinoscopie postérieure est facile à pratiquer, si du moins l'enfant n'est pas effrayé par la vue du miroir.

Egger aurait même observé chez un de ses malades une légère déhiscence sous-muqueuse de la partie postérieure de la voûte palatine, fait habituel chez les opérés de gueule de loup.

Il n'est pas rare de voir l'insuffisance vélo-palatine coïncider avec les végétations adénoïdes, Lorsque ces dernières sont très volumineuses elles peuvent empêcher le voile de se relever et simuler jusqu'à un certain point la brièveté du voile; mais un examen attentif du sujet permet généralement d'éviter cette erreur.

Traitement. — On conçoit combien il est difficile, pour ne pas dire impossible, de parer à ce vice de conformation; tout au plus pourrait-on dans des cas très prononcés, chez les enfants et les adolescents, essayer de relâcher artificiellement le voile à l'aide de deux incisions latérales faites dans les piliers antérieurs comme lorsqu'on pratique la staphylorraphie; mais la difficulté consiste à tenir béantes ces deux plaies et les empêcher de se souder rapidement, de manière à ce qu'elles ne puissent pas se combler trop vite par un tissu de nouvelle formation.

Une question intéressante dans ce cas est de savoir s'il faut opérer les végétations adénoïdes des enfants porteurs de cette brièveté du voile. A mon sens, ici, aussi bien que dans les divisions congénitales de la voûte et du voile du palais, j'estime qu'il faut bien se garder, sauf indications spéciales (troubles du côté de l'oreille, adénoïdites infectieuses) de toucher au tissu adénoïde naso-pharyngien hypertrophié, puisqu'il comble en partie la cavité naso-pharyngienne et par conséquent compense dans une certaine mesure le défaut d'action du voile palatin au moment de la phonation.

Disons enfin que le traitement orthophonique et peut-être l'élec-

trisation et le massage direct seront utiles, puisqu'on peut arriver par ces moyens à augmenter l'élasticité du voile et par conséquent à rendre plus complète la fonction qu'il a à remplir.

B. *Bifidité du voile* — La bifidité du voile, dont la forme la plus atténuée est la bifidité de la luette, se rencontre souvent avec

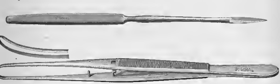


Fig 38 et 39. — Pince à avivement, droite ou courbe. et bistouri droit.

les divisions congénitales de la voûte palatine et le bec-de-lièvre. Très bien étudié dans les traités de chirurgie, ce vice de conformation entraîne une série de troubles vocaux qui ressemblent plus ou moins à ceux de l'insuffisance vélo-palatine



Fig. 40. — Aiguille hollandaise très courbe, pour suturer le voile.

L'existence de coryzas permanents, et les complications tubaires, décrites par la plupart des auteurs, nous paraissent être plutôt sous la dépendance des infections de la paroi naso-pharyngienne que du vice de conformation palatine.

Le seul moyen de parer à ce défaut de soudure est la staphylorraphie, dont les règles sont trop bien établies aujourd'hui pour que nous ayons besoin d'y insister ici.

C. *Absence du pilier.* — Une fois j'ai constaté chez un malade l'absence du pilier postérieur, ce qui donnait à l'arrière-gorge un aspect singulier (voir fig. 41). L'absence de toute affection locale

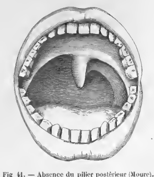


Fig 41. — Absence du pilier postérieur (Moure).
(Dessiné d'après nature.)

antérieure et de toute cicatrice permettait d'éliminer l'idée d'une lésion traumatique ou cicatricielle.

D. *Perforations congénitales.* — Il existe encore un vice de conformation sur lequel MM. Schmiegelow, Hajek, Seifert, Garel et quelques autres ont particulièrement appelé l'attention; ce sont des pertes de substance sur les parties latérales de l'arrière-gorge, au niveau du ou des piliers antérieurs ou postérieurs. Généralement symétriques, mais parfois unilatérales, ces perforations sont verticales, de forme ovalaire (voir fig. 42 et 43) sans qu'il y ait sur leurs bords la moindre apparence de tissu cicatriciel. Ces sortes de déhiscences muqueuses que, pendant quelques années, on a considérées comme acquises, peuvent être réellement congénitales, elles n'entraînent à leur suite aucune espèce

de trouble. Dans quelques cas cependant, des parcelles alimentaires peuvent s'introduire dans ces cavités et produire à ce niveau des inflammations légères qui se traduisent par une sorte

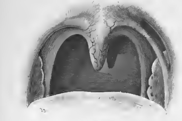


Fig. 42 — Perforation congénitale du pilier antérieur gauche (d'après Seifert).

de gène à l'arrière-gorge. Habituellement, c'est par hasard qu'on les découvre. Les auteurs ont diversement expliqué ces sortes de



Fig. 43. — Perforation congénitale des deux piliers antérieurs (d'après Brockaert).

déhiscences ; pour les uns (Semon, Chiari, etc.) il s'agit d'orifices internes, d'arcs branchiaux incomplets, pour d'autres (Testut) d'une résorption embryonnaire, tandis que Brockaert pense que

cette anomalie est le résultat d'une aplasie, c'est-à-dire d'un défaut de formation par vice de nutrition. Quoi qu'il en soit, si les malades sont gênés par ces orifices accidentels, il sera facile d'y remédier, en avivant leurs bords et en les réunissant à l'aide d'un ou deux points de suture au catgut ou au crin de Florence.

INFLAMMATION DE LA LUETTE

UVULITE AIGUË

Les inflammations aiguës de l'arrière-gorge se cantonnent dans certains cas, sur l'appendice palatin. Sous l'influence des mêmes causes qui produisent une angine catarrhale aiguë diffuse, ou une folliculite, on voit apparaître une tuméfaction plus ou moins considérable de la luette qui devient alors d'un rose pâle; elle se tuméfie, s'œdématie, ressemblant à une petite vessie de poisson.

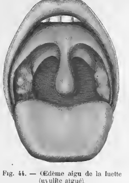


Fig. 44. — Œdème aigu de la luette (uvulite aiguë).

L'apparition de ces phénomènes inflammatoires peut se produire en quelques heures et j'ai eu souvent l'occasion de voir en douze ou vingt-quatre heures cet appendice devenir aussi volumineux que l'extrémité du doigt, restant suspendu au-dessus de l'épiglotte, qu'il allait même titiller. Dans ces cas l'infiltration s'étend habituellement vers la base de la luette et le voile du palais.

Le symptôme capital est la sensation d'un corps étranger qui ballotte dans l'arrière-gorge et provoque un besoin incessant

d'avaler. La voix est empâtée et nasonnée, mais la douleur peu vive, c'est plutôt une sensation de géne et de cuisson qu'une véritable douleur dont se plaint le malade.

Le traitement le plus simple consiste à pratiquer soit l'excision de l'extrémité de la luette, soit dess carifications avec le bistouri ou le galvanocautère. Pour cela faire, comme les parties œdématiées fuient au-devant du couteau, le plus simple est de prendre la luette préalablement cocaïnée, sur une spatule ou dans une petite cuillère, et une fois immobilisée, de pratiquer dans le sens vertical une série de coupures assez profondes, qui ont pour résultat de vider, au moins en partie, le liquide contenu dans les mailles du tissu conjonctif. Ceci fait, on prescrit un gargarisme émollient et généralement, vingt-quatre ou quarante-huit heures après, le malade est guéri de cette inflammation plus gênante que grave.

HÉMATOME DU VOILE ET DE LA LUETTE

On a signalé et j'ai pu moi-méme observer, en dehors de tout signe de cachexie ou de purpura, de véritables hémorragies aiguës se faisant soit sur la face antérieure du voile du palais, soit au niveau de la luette. Ces sortes de lésions se sont à peu près uniformément produites pendant le repas, au moment de la mastication d'aliments les plus variés, de telle sorte qu'il ne semble pas que la nature même des matières introduites dans la cavité buccale ait pu avoir une action quelconque sur l'apparition de la lésion. Cette dernière, désignée sous les noms d'hématome (Law), hémorragie sous-muqueuse (Ostino et Calamida) ou apoplexie de la luette (Lejeune) apparaît brusquement ; elle est caractérisée par une suffusion sanguine d'aspect noirâtre, soulevant la muqueuse, tout comme le ferait une bulle de pemphigus remplie de sang. Cette tumeur sanguine abandonnée à elle-même peut se rompre spontanément ou s'affaisser peu à peu par résorption. Généralement, au bout de deux ou trois jours, tout rentre dans l'ordre, sans laisser de traces. Il se fait en quelque sorte dans ce

cas, un véritable œdème hémorragique de la muqueuse palatine ou de la luette.

RELACHEMENT DE LA LUETTE

Étiologie. — Il n'est pas très rare de constater l'élongation de la luette dans les différents états chroniques de l'arrière-gorge ou du pharynx ; toutefois, on l'observe parfois chez les enfants, comme vice de conformation. De même le prolapsus de cet organe est fréquent dans les différentes paralysies du voile ou de l'arrière-gorge. On rencontre aussi des luettes très longues chez les sujets âgés.

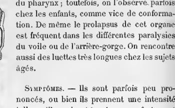


Fig. 45. — Uvulotome de Morell-Mackenzie.

Symptômes. — Ils sont parfois peu prononcés, ou bien ils prennent une intensité telle qu'ils arrivent à préoccuper fortement les malades porteurs de cette élongation anormale.

On observe comme symptômes fonctionnels soit une toux pénible, sèche, due à une sorte de chatouillement de l'arrière-gorge. La nuit, lorsque le malade est couché sur le dos, on peut voir survenir de véritables crises de toux spasmodique, de la suffocation même. Morell-Mackenzie a signalé aussi des nausées et des vomissements par irritation de la base de la langue et de l'entrée du larynx (épiglotte).

Le relâchement de la luette est facile à reconnaître à l'examen direct, mais il est variable dans sa forme, suivant les périodes où l'on examine le malade. J'ai vu dans quelques cas cet organe prendre des proportions considérables, au point de pouvoir facilement être placé derrière les dents, tel-

lement il était allongé. Il est habituellement occasionné par un relâchement des muscles palato-staphylins, et de la muqueuse qui les recouvre, ou simplement par une élongation de cette dernière.

A l'examen, il est généralement facile de voir le point où commence la muqueuse et où finit la partie musculaire de la luette.

Traitement. — On essayera les astringents pour tâcher de faire reprendre à l'organe allongé sa forme normale, mais habituellement les traitements médicaux ont une action éphémère et le moyen le plus simple est encore de réséquer la partie prolabée. Pour cela faire, il suffit, après avoir cocaïné l'or-



Fig 46 — Pince coupante de Waren pour exciser la luette.

gane, d'en saisir l'extrémité avec une longue pince à forcipressure tenue de la main gauche; prenant ensuite de la main droite une paire de ciseaux courbes, on pratique la résection, généralement à l'extrémité de la partie musculeuse. En agissant ainsi on a laissé encore au malade un appendice suffisant pour qu'il remplisse sa fonction à l'égard du voile et l'on supprime toute la partie relâchée, qui occasionne le symptôme désagréable que l'on cherchait à faire disparaître. Un gargarisme émollient employé pendant trois ou quatre jours et une alimentation froide demi-solide, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, constituent le traitement post-opératoire.

En général cette petite opération n'occasionne aucune sorte d'incident.

Si quelques auteurs ont pu rapporter des cas d'hémorragie après l'uvulotomie, c'est que cet organe avait été coupé trop près du voile du palais, c'est-à-dire d'une façon défectueuse. Du

reste, s'il se produit un écoulement sanguin un peu trop abondant, il est facile de l'arrêter en saisissant la partie cruentée à l'aide d'une pince à forcipressure et au besoin en faisant une ligature au-dessus du point sectionné ; ce qui est toujours possible et facile si l'on a opéré d'après les règles que je viens d'indiquer.

SYPHILIS DU VOILE

Bien que je me sois déjà occupé des manifestations de la syphilis sur le voile du palais, à propos des angines syphilitiques de cette région, les manifestations tertiaires de cette infection méritent cependant quelques considérations spéciales.

Le voile du palais est en effet avec le pharynx l'un des organes le plus souvent atteint par les manifestations tertiaires. Dans la forme gommeuse circonscrite on voit apparaître soit à l'union du voile et de la voûte, soit sur les parties molles elles-mêmes, au-dessus de la luette ou sur les côtés, une tuméfaction lisse, uniforme, rouge, assez bien limitée, légèrement bosselée, peu douloureuse, qui n'entraîne d'autres symptômes fonctionnels qu'un peu de gêne à la déglutition et du nasonnement de la voix. Si dès cette période le diagnostic n'est pas fait et le traitement institué, on voit bientôt la partie centrale de la région saillante se creuser d'un ou plusieurs petits cratères grisâtres d'aspect anthracoïdes, qui ne tardent pas à former un ulcère cratériforme à fond grisâtre, à bords relevés taillés à pic, parfaitement nets, rouges, saillants mais toujours très nettement circonscrits. Le pourtour de cette perte de substance se détache sur une surface plutôt pâle ; puis peu à peu se produit une perforation vélo-palatine avec les troubles fonctionnels qui en sont la conséquence : modifications de la voix, reflux des liquides par le nez, etc.

Suivant que la lésion est unique ou multiple, on peut constater l'existence d'un ou plusieurs cratères ulcéreux qui peu à peu s'étendent par leurs bords, se réunissent l'un à l'autre et déterminent de vastes délabrements de l'arrière-gorge. La luette arrive à se détacher ne formant plus alors qu'un stalactite irrégulier,

inégal, fongeux, mamelonné, au milieu d'un ulcère plus ou moins cratériforme, serpigineux, s'étendant sur les piliers, les amygdales, la base de la langue et souvent même la paroi pharyngienne Cette forme grave de la syphilis du voile et de l'arrière-gorge est heureusement assez rare, parce qu'habituellement, le diagnostic étant fait, le traitement vient arrêter les progrès de l'affection.

Il n'est pas rare de voir survenir à la suite de ces gommes ulcérées, des perforations qui restent comme le stigmate de la lésion qui a préexisté ou, dans des cas plus heureux, des cicatrices étoilées, déprimées, d'aspect fibreux, à fond jaunâtre, se détachant en pâle sur le reste de la muqueuse palatine; elles sont également caractéristiques de l'infection gommeuse dont l'organe palatin a été le siège.



Fig 47. — Perforation tertiaire située à l'union du voile et de la voûte, synéchies cicatricielles.

Dans les cas de gommes diffuses beaucoup plus rares, le voile se présente sous la forme d'une surface rougeâtre, infiltré en partie, immobilisé, d'où nasonnement des plus prononcés (alalie ouverte), reflux des liquides par le nez pendant la déglutition, par impotence fonctionnelle : gêne, quelquefois même douleur à la déglutition, puis bientôt vaste ulcère diffus occupant la portion libre de cet organe.

Enfin il peut se faire aussi que les gommes au lieu de débuter par la face buccale du voile commencent par la face postérieure, par la région nasale et ne soient visibles qu'au moment ou apparaît la perforation qui se montre alors sous la forme d'un petit pertuis grisâtre à bords rouges mais non saillants; c'est seule-

ment à l'aide du miroir rhinoscopique postérieur qu'on peut juger de l'étendue exacte de la lésion dont la perforation n'est qu'une partie minuscule. Dans ces formes postérieures les troubles vocaux et un peu de gêne pour avaler, quelquefois des bourdonnements et quelques vagues douleurs d'oreilles sont les troubles fonctionnels du début. Ils passent assez souvent inaperçus et sont négligés par le malade et par le médecin, auquel l'inspection habituelle de l'arrière-gorge ne révèle l'existence d'aucune lésion apparente.

La marche assez rapide de l'affection et l'aspect de la lésion sont généralement assez caractéristiques pour que le diagnostic puisse être établi hâtivement et le traitement institué de bonne heure. Dans ces cas, c'est à la solution biiodurée dont j'ai déjà donné la formule à propos de la syphilis de l'arrière-gorge qu'il faut donner la préférence. Il va sans dire que les soins hygiéniques, lavages à l'eau oyxgénée, au borate ou salicylate de soude en solution, etc., aideront à obtenir la réparation et la cicatrisation de l'ulcère. S'il reste une perforation on la comblera ultérieurement en pratiquant la staphylorraphie.

PARALYSIES DU VOILE

Étiologie. — Les paralysies du voile reconnaissent souvent pour cause la diphtérie. Elles peuvent apparaître dans toutes les formes de cette infection depuis les plus bénignes jusqu'aux plus graves. Généralement, c'est à la période de convalescence, c'est-à-dire huit à dix jours après la guérison apparente du mal, que l'on voit survenir les signes caractéristiques de l'immobilisation partielle ou totale du voile du palais.

On observe encore ces paralysies dans certaines angines aiguës diffuses, non diphtériques. Elles peuvent même succéder à un simple abcès amygdalien ; dans ces cas elles se localisent au côté du voile qui a été atteint d'inflammation suppurative Elles peuvent aussi être la conséquence de lésions des centres nerveux, hémorragies, tumeurs, paralysie labio-glosso-laryngée, etc.; ou de névrite périphérique (vago-spinal, facial).

Symptomes. — Les signes qui caractérisent la paralysie complète du voile du palais sont tout d'abord :

Les troubles de la voix qui constituent une forme particulière de nasonnement, due au relâchement total de l'organe destiné à fermer la cavité naso-pharyngienne pendant la phonation. Les malades porteurs de cette lésion présentent au plus haut degré le trouble décrit sous le nom de « rhinolalie ouverte ». Ils sont dans l'impossibilité absolue de prononcer correctement certaines consonnes et le Bé devient Mé, le Dé devient Né. Ce vice de la prononciation peut être un peu amélioré en fermant les narines du malade pendant qu'il parle. Ordinairement, les sujets atteints de paralysie vélo-palatine sont dans l'impossibilité de souffler ou de pratiquer la succion. La déglutition est également génée dans son fonctionnement, car pendant l'accomplissement de cet acte physiologique, la cavité naso-pharyngienne reste largement ouverte, d'où résulte un reflux des liquides par les deux narines ou par un seul côté, suivant que la paralysie est complète ou plus prononcée d'un côté que de l'autre.

La plupart du temps, ces troubles paralytiques sont accompagnés de diminution ou même de perte de la sensibilité, de telle sorte que la poussée des aliments vers l'œsophage se fait d'une façon incomplète. Ainsi s'explique l'introduction de parcelles alimentaires ou de liquides dans l'intérieur des voies aériennes et l'apparition d'accès de toux spasmodique d'autant plus violents que la pénétration du corps étranger dans l'intérieur de l'arbre respiratoire a été plus profonde. La mort a même pu être la conséquence de pareils troubles, mais habituellement, dans ces cas graves, la paralysie ne reste point localisée au voile, elle gagne les muscles du pharynx et même d'autres organes (diphtéries graves, paralysies d'origine centrale).

Si la paralysie est incomplète, fait assez fréquent, les modifications de la voix et de la déglutition sont bien moins prononcées. Le reflux des liquides n'apparaît que si le malade veut avaler trop vite et sans y porter attention ; il est partiel et souvent unilatéral.

Lorsque la perte de la motilité est totale, une fois la bouche ouverte et la langue abaissée, on constate, pendant l'émission de

la voyelle A que le voile du palais reste absolument immobile et relâché au niveau de l'arrière-gorge, la luette reste pendante, comme inerte, rendant ainsi facile la rhinoscopie postérieure ; on peut impunément toucher la portion paralysée à l'aide du miroir ou de l'abaisse-langue, sans provoquer ce mouvement particulier du voile, qui le fait se relever vivement vers le naso-pharynx.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, la sensibilité tactile est presque toujours diminuée mais très rarement abolie.

Si la paralysie n'est pas complète, on peut aisément se rendre compte du peu de mobilité du voile et de son redressement pendant l'émission de la voix ou les efforts que provoque l'examen.

Marche. Durée. Terminaison. — Les paralysies d'origine infectieuse durent habituellement plusieurs semaines ou plusieurs mois suivant leur degré et leur cause. Elles disparaissent d'ordinaire peu à peu, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement local. Si la perte du mouvement est d'origine centrale ou consécutive à une névrite périphérique, elle suit bien entendu l'évolution de la lésion sous l'influence de laquelle elle s'est développée.

Diagnostic. — Les troubles de la phonation et de la déglutition sont tellement nets qu'ils suffisent presque à eux seuls pour établir le diagnostic. Toutefois, il est toujours nécessaire de pratiquer l'examen direct de l'arrière-gorge, ce qui permettra d'éliminer l'hypothèse d'une lésion inflammatoire aiguë et qui fera reconnaître le degré et le siège exact de la paralysie.

Quant à la pathogénie de l'affection, ce sont l'interrogatoire du malade et les annamnestiques qui pourront mettre sur la voie de ce diagnostic étiologique.

Hémiplégie vélo-palatine. — Nous venons de voir que le voile palatin pouvait être immobilisé à la suite de certaines angines aiguës, soit en totalité, soit en partie. Dans d'autres cas, la paralysie occupe pour ainsi dire toujours l'un des côtés du voile. Cette forme d'hémiplégie est la conséquence de certaines tumeurs ou fractures de la base du crâne, d'adénites tuberculeuses

ou cancéreuses. M. Lermoyez et quelques auteurs (Brindel, Moure, etc.) ont même signalé des cas consécutifs à des lésions bulbaires ou à la syringomyélie.

Il peut arriver aussi que les paralysies post-diphtériques débutent par le côté le premier atteint et le plus fortement infecté, pour s'étendre ensuite au côté opposé. Parfois même, le trouble de la motilité se cantonne à la moitié du voile, un seul côté ayant présenté de l'infection diphtérique ou ayant été recouvert de fausses membranes (Sevestre, Roger, Aubertin et Barbonneix).

Anatomie pathologique. — Pendant d'assez longues années, on a attribué l'existence des hémiplégies du voile du palais à une lésion du facial, mais les recherches de Lermoyez ont démontré d'une façon indubitable que ce trouble moteur relevait uniquement d'une altération du vago-spinal, nerf innervant en effet tous les muscles du voile, sauf le péristaphylin externe.

Escat, dans son livre récent, sur les maladies du pharynx, a consacré un excellent chapitre à l'étude de cette maladie, dans lequel il rappelle qu'Avellis a signalé l'association de la paralysie du voile à celle de quelques muscles du larynx. Cet auteur, sur cent cas d'hémiplégie laryngée observés à la clinique de Moritz-Schmid, aurait relevé cette association chez dix malades (cité par Escat).

L'altération ainsi produite serait la conséquence d'une névrite inflammatoire ou dégénératrice, par compression ou destruction du vago-spinal.

Toutefois, nous ne saurions partager l'opinion d'Escat, lorsqu'il dit que cette sorte d'hémiplégie vélo-palatine n'aurait été observée que chez l'adulte, et surtout à partir de l'âge mûr. M. Brindel a en effet rapporté l'observation d'un enfant qui vint me consulter à la clinique laryngologique de la Faculté de Bordeaux, pour une hémiplégie vélo-palatine associée à une paralysie laryngée, qui manifestement dépendait d'une lésion du vago-spinal, au niveau de son noyau d'origine [1] (voir fig. 1, p. 5).

[1] L'enfant a du reste guéri et de sa paralysie vocale et de la perte de la motilité du voile.

Symptômes. — Les symptômes fonctionnels sont toujours beaucoup moins marqués que dans la paralysie complète. Le nasonnement existe cependant, ainsi que les troubles de la déglutition pour les liquides ; ces derniers sont habituellement unilatéraux et le reflux se fait par la narine du côté paralysé.

A l'examen de l'arrière-gorge, il est facile de voir qu'un seul des côtés du voile se relève pendant que l'autre reste immobile, ce qui produit une déformation tout à fait caractéristique ; la luette déviée est attirée du côté sain qui, en se contractant, s'excave fortement.

Escat ajoute aux symptômes que nous venons d'indiquer la tachycardie par insuffisance de la fonction frénatrice du vago-spinal et la toux coqueluchoïde due à l'excitation des nerfs sensitifs de l'appareil pulmonaire. J'avoue toutefois n'avoir pas observé ces divers symptômes chez les différents malades que j'ai eu l'occasion de voir et de suivre.

Quant aux paralysies siégeant du côté de la langue ou des autres organes, elles indiquent un complexus pathologique plus important, dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'hémiplégie vélo-palatine est facile à faire à l'examen direct. On devra par l'interrogatoire savoir si la paralysie est consécutive à une inflammation de l'arrière-gorge, ou si elle est la conséquence d'un trouble moteur, par lésion du vago-spinal. On se rappellera que dans ce dernier cas, la paralysie vélo-palatine est toujours associée à une altération semblable, occupant les muscles du larynx. Ce diagnostic étant fait, il faudra rechercher la cause de l'altération nerveuse elle-même. C'est par l'examen plus complet du malade et par son interrogatoire que l'on arrivera à fixer le diagnostic définitif et savoir de quelle altération morbide elle est la conséquence.

Pronostic. — Le pronostic dépend évidemment de la nature de la lésion et de son siège.

Traitement. — Le traitement sera celui de la cause première ayant produit la paralysie, il variera suivant les cas et suivant la

nature même de l'altération morbide, origine première de l'affection.

Les paralysies simples post-inflammatoires, succédant à des angines aiguës ou à des abcès amygdaliens, guérissent habituellement seules, sans le secours d'aucun traitement.

Il en est souvent de même des paralysies post-diphtéritiques légères ; toutefois, dans les cas graves, on ne doit pas hésiter à faire de nouveau des injections de sérum à doses appropriées à l'âge du sujet et au degré de l'infection, un traitement tonique et reconstituant (arsenic, strychnine, etc.) sera également de nature à favoriser le retour de la fonction de l'organe paralysé, qui est à peu près la règle en pareil cas.

Enfin, dans les formes inflammatoires simples, aussi bien que diphtéritiques, l'électrisation appliquée sous la forme de courants faradiques de préférence, un pôle sur le voile, l'autre à la nuque, ou bien les deux pôles dans la bouche, aidera la contractilité musculaire à reparaître et pourra abréger la durée de cette complication.

On constatera que l'amélioration se produit, à ce fait, que les aliments d'abord, puis les liquides commenceront à ne plus refluer par le nez pendant la déglutition ; par contre, les troubles de la voix persisteront jusqu'au moment où l'organe aura repris toute sa mobilité physiologique.

TUMEURS DU VOILE DU PALAIS

A. — Tumeurs bénignes

On rencontre sur le voile du palais, les piliers ou la luette, une série de tumeurs bénignes qui sont habituellement des papillomes, des fibromes, des enchondromes, des myxomes, des angiomes, des lipomes, des adénomes et des tumeurs dermoïdes.

Étiologie. — L'étiologie de ces différentes néoplasies est encore assez obscure ; toutefois on peut considérer qu'elles ne s'observent que dans l'âge adulte. Bosworth pense également qu'elles sont

plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, dans les proportions de deux pour un. Nous avouons que notre pratique ne nous semble pas confirmer une telle manière de voir.

Symptômes. — Les symptômes varient considérablement, non seulement d'après la nature de la tumeur, mais surtout d'après son volume et le point auquel elle est attachée. Très souvent ces sortes de dégénérescences passent complètement inaperçues et c'est pour ainsi dire par hasard que l'on constate leur présence, à l'occasion d'un examen de l'arrière-gorge ; cette remarque s'applique surtout aux lipomes, aux angiomes et aux petits fibromes, dont le volume est en général relativement minime. Toutefois, lorsque la tumeur est pédiculée (papillomes) et vient chatouiller l'entrée du larynx, elle peut produire le besoin de racler l'arrière-gorge, des quintes de toux spasmodique même. De plus, lorsque le néoplasme a acquis un certain développement (fibromes, adénomes) on peut voir survenir des troubles de la voix (nasonnement, alalie ouverte), des troubles de la déglutition avec reflux des liquides par les fosses nasales, parfois même de là gêne respiratoire, si le néoplasme occupe toute l'arrière-gorge et intercepte le passage de l'air. Ce symptôme est généralement plus prononcé dans le décubitus horizontal, et pendant le sommeil on perçoit un ronflement intense (cas de Dubar et Potel). Habituellement il n'existe qu'un obstacle mécanique, sans douleur, sans expectoration, en un mot sans le cortège symptomatique des néoplasies malignes

L'examen de l'arrière-gorge varie un peu suivant la nature de la production pathologique qui permet de diviser en deux groupes principaux les tumeurs solides (fibromes, chondromes, myxomes, papillomes, lipomes) et les néoplasies à contenu liquide (angiomes, kyste).

A. **Tumeurs solides.** — 1° *Fibrome.* — Le fibrome occupe souvent le voile du palais, il a l'aspect rosé, blanc ou jaunâtre, suivant que la muqueuse qui le recouvre est plus ou moins tendue. Un lacis vasculaire très délicat, court à sa surface. Ordinairement

formé d'un ou deux lobes inégaux, il est lisse et uni à sa surface, de consistance dure, uniforme, sans point fluctuant. Rarement pédiculé il adhère aux plans sur lesquels il a pris naissance. Son volume est très variable, puisqu'on a vu des fibromes atteindre le volume d'une grosse châtaigne (cas de Dubar et Potel). La marche est lente et progressive.

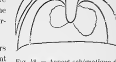
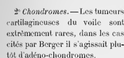


Fig. 48. — Aspect schématique d'un fibrome de la luette et d'une division congénitale du pilier antérieur droit (d'après le Dr Meyjes).



2° *Chondromes.* — Les tumeurs cartilagineuses du voile sont extrêmement rares, dans les cas cités par Berger il s'agissait plutôt d'adéno-chondromes.

3° *Myxomes.* — Avec MM. Dubar et Potel nous considérons les véritables polypes muqueux du voile comme exceptionnels. Ces tumeurs offriraient ici les caractères habituels à ces sortes de dégénérescences morbides.



Fig. 49. — Papillome de l'extrémité de la luette.

4° *Lipomes.* — Le lipome du voile, tumeur assez rare, a une forme irrégulière, généralement bosselée ; sa consistance est molle, pâteuse, donnant au toucher la sensation spéciale de ces sortes de néoplasmes. Il a l'aspect jaune, recouvert d'une fine pellicule de muqueuse dans laquelle il est encapsulé. Le lipome marche par poussées aiguës au point de se développer parfois assez rapidement. Il est indolore.

5° *Papillomes.* — Le papillome se présente presque toujours sous la forme d'une tumeur grisâtre ou gris rosé, ayant un aspect muriforme, en chou-fleur, attachée soit à l'extrémité de la luette,

soit sur les côtés de cette dernière, soit au niveau des piliers antérieurs, en général par un pédicule plus ou moins long (Courtade). Lorsque le papillome est de petit volume, il est assez habituel de le voir complètement accolé soit au voile, soit à la luette, semblant au premier aspect faire corps avec ces parties de l'arrière-gorge, mais il n'est pas difficile avec le stylet, ou pendant un effort du malade, de s'apercevoir que la tumeur est nettement pédiculée, par conséquent très mobile ; son volume peut varier depuis la grosseur d'un grain de chénevis ou de blé, jusqu'à celui d'un gros haricot et même d'une amande. Bosworth a signalé des exemples de papillomes plus volumineux encore.

Le développement du papillome est habituellement très long ; toutefois, on a signalé des cas dans lesquels (Lefferts) cette néoplasie a pu s'accroître avec une rapidité tellement excessive qu'il faut se demander si on était bien en présence de véritables papillomes et non de productions papillaires, comme on en observe dans certaines syphilis, ou de dégénérescences épithéliales.



Fig. 50. — Angiome du voile du palais et des amygdales buccale et linguale gauches (dessiné d'après nature).

B. **Tumeurs liquides.** — 1° *Angiomes.* — L'angiome se reconnaît à sa forme mamelonnée, irrégulière et surtout à son aspect rougeâtre ou plutôt rouge noirâtre, ainsi qu'à sa consistance particulière Très souvent congénital, l'angiome a cependant pu se développer accidentellement, sous l'influence de causes la plupart du temps impossibles à déterminer. Son volume varie depuis la

dimension d'un grain de blé jusqu'à celle d'une amande. Il peut devenir le point de départ d'hémorragies graves par leur fréquence et par leur abondance.

Les véritables angiomes qui se reconnaissent à leurs mouvements d'expansion isochrones aux battements du pouls, sont heureusement très rares. Ce sont des tumeurs de consistance molle, parfois réductibles par la pression

2° *Adénomes.* — L'adénome est, on peut le dire, avec le papillome, la tumeur la plus fréquente du voile du palais. Il se présente sous la forme d une tumeur habituellement lisse à sa surface, d'aspect globuleux, sans changement de coloration de la muqueuse. Au toucher, il ressemble comme consistance à un fibrome ou à un kyste dont les parois seraient fortement tendues. Il tranche ordinairement d'une façon très nette sur la partie du voile auquel il adhère par une surface d'implantation large.

Sa marche est également lente, comme celle des tumeurs bénignes en général, mais son volume peut devenir considérable. Il n'a aucune tendance à s'ulcérer.

3° *Kystes.* — On peut aussi rencontrer de simples kystes, qui se reconnaissent aisément à leur aspect arrondi sessile sur la muqueuse qui les supporte, et à leur surface unie et régulière. Leur coloration est gris rosé ou d'un jaune pâle. Leur consistance dure, car la poche est toujours fortement tendue. Leur volume varie de la grosseur d'un grain de blé à celui d'une cerise ou même de la moitié d'une noix. Le contenu de ces tumeurs est séreux ou colloïde. Il est facile de les faire disparaître en réséquant une partie de la poche. Ce sont des néoplasmes bénins.

4° *Kystes dermoïdes.* — Les kystes dermoïdes du voile du palais ou des piliers sont des lésions rares, habituellement congénitales. Adhérant parfois à la muqueuse par une surface pédiculée, ils ont la consistance demi-molle d'un abcès. D'autres fois, au contraire, ils sont assez durs et pourraient en imposer pour un angiome. Leur contenu est celui des kystes dermoïdes en général ;

on y a trouvé de la graisse, du tissu musculaire, des cartilages, parfois même du tissu osseux (Bosworth).

Pronostic. — Le pronostic des tumeurs bénignes de l'arrière-gorge est généralement bénin. Lorsqu'elles ont été enlevées, elles n'ont aucune tendance à récidiver, sauf peut-être l'adénome dont les parois ou l'intérieur peuvent dégénérer, au point de se transformer en une véritable tumeur maligne. Toutefois, nous nous demandons si, dans ces cas, il s'est bien agi de transformation, et non d'une de ces tumeurs endothéliales, qui, malignes dès le début, se comportent exactement comme ces dernières.

Diagnostic. — Le diagnostic ressort des différents symptômes fonctionnels et locaux que nous avons indiqués au cours de ce chapitre; nous n'y reviendrons pas ici; nous dirons seulement que les gommes syphilitiques sont toujours accompagnées d'une infiltration des parties voisines qui permettra, de les reconnaître. Du reste leur forme, leur siège, leur marche, et souvent même, l'existence de lésions analogues sur les parties voisines, ne permettraient pas une longue hésitation.

Traitement. — Le traitement doit consister à enlever ces différents néoplasmes. Pour le papillome, il suffit habituellement de le saisir avec une pince, et de sectionner son point d'implantation avec des ciseaux, le bistouri ou le galvanocautère. La chose est des plus simples et des plus faciles à faire, grâce à la cocaïne.

Nous en dirons autant du fibrome, du lipome, des enchondromes et de l'adénome. Toutefois, si ces tumeurs ont acquis un volume considérable, elles peuvent être justiciables d'une intervention faite sous l'anesthésie chloroformique.

L'angione, qui habituellement ne gêne en rien les malades, peut être laissé en place. Si on voulait le réduire, on pourrait essayer, soit l'électrolyse bi-polaire, soit la ligature des vaisseaux afférents. Il faut se rappeler que l'opération radicale peut offrir certaines difficultés, à cause de la vascularisation considérable de la région et du néoplasme lui-même.

Les kystes dermoïdes, tout comme les adénomes, doivent être énucléés. L'opération est facile à faire, ces tumeurs n'ayant contracté aucune sorte d'adhérence avec les parties dans lesquelles elles sont incluses. Elles sont ordinairement reliées à la muqueuse par un tissu cellulaire assez lâche.

L'opération sera faite, soit avec la cocaïne, en s'éclairant avec le miroir frontal, soit sous le chloroforme, le malade étant placé dans la position de Rose. Habituellement, l'hémorragie opératoire est très peu considérable; on peut la considérer comme négligeable; toutefois, il peut survenir des écoulements sanguins assez abondants pour nécessiter la ligature de la carotide (Dubreuil, Escat, etc.).

Si la tumeur a envoyé des prolongements dans l'espace maxillopharyngien ou les parties voisines, on pourra se trouver dans l'obligation d'employer des méthodes externes composées, telles que les ont proposé MM. Dobson, Quénu, Berger et d'autres auteurs. Avec un bon éclairage et un peu d'habitude, il est possible de faire la plupart des interventions par les voies naturelles.

B. — Tumeurs mixtes

A côté de ces différentes tumeurs à type pour ainsi dire parfaitement net et défini, on rencontre le plus souvent une série de néoplasmes qui ont surtout été très bien étudiés par le professeur Berger, dans la *Revue de chirurgie* de 1897, sous le nom de *tumeurs mixtes*. Il s'agit, en réalité, de dégénérescences morbides, prenant naissance dans la poche glandulaire du voile, restant bien délimitées par une enveloppe conjonctive qui les entoure et les isole complètement des tissus voisins. D'après M. Berger, ces tumeurs se composent: 1° d'éléments épithéliaux, dont la disposition rappelle tantôt celle des adénomes, tantôt et le plus souvent celle des épithéliomas; 2° d'une trame conjonctive où se retrouvent les divers modes de tissu conjonctif, et principalement le tissu muqueux et cartilagineux.

Cet auteur pense que les caractères de ces productions patho-

logiques sont contraires à la théorie de leur origine endothéliale, comme le voulait Volkmann

Symptômes. — Elles se présentent sous une forme arrondie, le plus souvent bosselées, irrégulières, formant une saillie plus ou moins considérable ; elles sont toujours dures. La muqueuse qui les recouvre est saine, mobile, mais souvent très amincie, au point de laisser voir par transparence la coloration blanchâtre du tissu sous-jacent. Ces tumeurs ne contractent pas d'adhérence avec les portions du voile sur lesquelles elles sont insérées ; si elles paraissent être immobiles, c'est plutôt par la distension des parties molles environnantes ou par les prolongements qu'elles envoient dans les régions voisines (fente ptérygo-maxillaire, sphéno-maxillaire, etc.), que par véritables adhérences.

Elles n'attaquent pas le squelette, et, ne déterminent jamais de perforations de la voûte osseuse. Leur marche est extrêmement lente. C'est ainsi qu'on les a vues mettre huit et dix ans à évoluer.

Les symptômes fonctionnels qu'elles déterminent consistent en un nasonnement plus ou moins marqué, par gêne des fonctions du voile palatin, en troubles de la respiration et de la phonation, lorsque la tumeur a pris des dimensions énormes.

Pronostic. — Bien qu'elles contiennent des éléments épithéliaux, ce sont des tumeurs bénignes au premier chef, car les formations épithéliales sont étouffées par la trame conjonctive épaisse qui les entoure. Elles ne récidivent pas lorsqu'elles ont été enlevées d'une façon complète.

Diagnostic. — Il se fait par le début, la marche, le siège, l'indépendance de la muqueuse, la mobilité de la tumeur, sa consistance, sa couleur blanc jaunâtre. Tout au plus pourrait-on les confondre avec l'enchondrome ou le lipome ; mais, d'après M. Berger, cette distinction n'est même pas à faire, parce que ce serait en somme la même variété de tumeur avec prédominance de tel ou tel tissu dans sa constitution.

Le seul diagnostic difficile pourrait être d'avec le sarcome, mais

cette sorte de tumeur est assez rare chez l'adulte et, de plus, le sarcome a une marche plus rapide; il détermine des phénomènes de compression douloureuse; il est moins dur au toucher; enfin, il envoie des prolongements dans les fosses nasales, les cavités accessoires, la loge parotidienne. Il détruit le squelette osseux qu'il défonce et perfore au-devant de lui. L'ulcération de la tumeur est possible dans les cas, et de dégénérescence maligne rend facile le diagnostic.

Il ne faut pas oublier cependant que Wolkmann et plusieurs autres praticiens ont rapporté des cas de sarcomes encapsulés dans une véritable membrane, tout comme des tumeurs mixtes. Ces sortes de tumeurs ont alors une marche lente et ne sont pas très malignes.

Les sarcomes mélaniques observés par Tréves, Gussenbauer et quelques autres auteurs (cités par Berger) se reconnaissent surtout à leur coloration noire ou foncée, à leur forme diffuse, à leur marche rapide et aux troubles fonctionnels précoces qu'ils déterminent, sans parler des engorgements ganglionnaires qui les accompagnent, même à une période très rapprochée de leur début.

Il n'est pas rare non plus de trouver dans ces tumeurs des points ramollis, faisant songer à des formations kystiques ou à des épanchements sanguins.

Traitement. — Le traitement est généralement facile à appliquer, précisément à cause de l'enkystement de ces tumeurs mixtes du voile du palais. Si elles ont un petit volume, il suffira de chloroformer le malade dans la position de Rose, ou tout simplement d'anesthésier la muqueuse à l'aide d'une solution cocaïnique au 1/10. Ceci fait, les mâchoires étant tenues ouvertes à l'aide d'un écarteur, on incisera la muqueuse palatine d'avant en arrière, jusque sur le tissu de la tumeur, et dans toute l'étendue de cette dernière Puis, avec la spatule, la sonde cannelée et le doigt, on pratiquera l'énucléation du néoplasme. Si ce dernier avait un volume très considérable, on devrait, comme opération préalable, élargir la voie d'accès en incisant la commissure labiale du côté

correspondant à son insertion. Le reste de l'opération se pratiquera comme dans le cas précédent. Si la tumeur envoie des prolongements dans la fosse zygomatique ou ptérygo-maxillaire, on devra les énucléer profondément, sans avoir besoin de pratiquer d'opération externe. Un bon tamponnement pendant et après l'opération suffit pour arrêter l'hémorragie, qui n'est pas ordinairement pas très considérable.

Si les tumeurs du voile descendent vers le pharynx, et font saillie au-dessous de l'angle de la mâchoire, on pourra mettre en usage la voie extra-buccale conseillée par le professeur Albert. On fait alors son incision dans l'angle du maxillaire inférieur dont on pratique, au besoin, la résection. Cette voie d'accès permet d'aller extirper d'énormes tumeurs, même des sarcomes remontant jusqu'à la voûte palatine.

En résumé, l'opération de la plupart des tumeurs mixtes du voile est généralement facile à pratiquer, et, si elle est bien complète, la récidive n'est pas à craindre.

CALCULS DU VOILE DU PALAIS

Fano, Anselmier et Bosworth rapportent des faits curieux de calculs englobés dans le voile du palais autour de la luette. Ces tumeurs, dont le volume a pu atteindre les dimensions d'une noisette, sont susceptibles d'entraîner des troubles de la déglutition et de la respiration. Elles sont très probablement analogues aux calculs salivaires ou aux dégénérescences calcaires que l'on rencontre dans les amygdales. Ces concrétions paraissent être assez rares.

Le traitement consiste à enlever ces sortes de productions pierreuses. Une simple incision dans le sens de la longueur, au bistouri ou au galvano, assez grande pour laisser passer le calcul, suffit pour guérir le malade. Au besoin, si la plaie est longue, un ou deux points de suture au catgut ou au crin assureront l'hémostase et la réunion des lèvres de la section opératoire.

C. — Tumeurs malignes

Les tumeurs malignes, le plus habituellement observées sur le voile du palais ou les piliers, sont le sarcome et l'épithélioma.

Étiologie. — L'étiologie des tumeurs malignes du voile du palais est aussi confuse que celle des autres lésions analogues de l'arrière-gorge; toutefois, il semble que ces sortes de néoplasmes seraient plus fréquents chez l'homme que chez la femme. L'action de fumer paraît avoir une influence assez manifeste sur le développement de ces néoplasies. Ces dernières surviennent habituellement à la période moyenne de la vie, au-dessus de quarante ans.

Les dégénérescences malignes du voile proprement dit sont beaucoup plus rares que celles des amygdales, ou de la base de la langue.

Symptomatologie. — I. **Les symptômes fonctionnels**, habituellement insidieux tout à fait au début, ne commencent à apparaître que lorsque le néoplasme a acquis un volume assez considérable pour gêner le malade. A cette période, surviennent des troubles de la voix qui devient nasonnée, par immobilisation plus ou moins complète du voile palatin, et, pour le même motif, de la gêne de la déglutition, mais on n'observe pas de reflux des liquides ou des aliments par le nez. Les troubles de la respiration, nuls au début, n'apparaissent qu'au moment où la tumeur est très volumineuse, ou bien lorsqu'elle gagne l'arrière-gorge, la base de la langue et l'entrée du larynx. Dans ces cas, ce n'est pas la néoplasie palatine qui occasionne les troubles respiratoires, mais l'envahissement progressif des parties voisines.

La douleur spontanée ne semble pas avoir ici ses caractères habituels. Elle n'a pas cette intensité qui rend si pénibles les dégénérescences malignes de l'arrière-gorge en général. Cependant, quelques malades se plaignent de douleurs provoquées par les mouvements de déglutition, douleurs retentissant jusque du côté des oreilles.

Les véritables hémorragies sont assez rares ; mais on retrouve assez souvent dans les sécrétions expulsées, non seulement des matières sanieuses, mais des filets sanguins, et même des crachats tout à fait sanglants.

La santé générale du malade, peu altérée au début, ne tarde pas, dans la période ulcérative de la tumeur, à présenter des modifications tout à fait caractéristiques. De même, l'adénopathie de voisinage ne survient qu'à la période ultime, lorsque la tumeur a gagné les bords libres du voile du palais, c'est-à-dire les piliers ou les amygdales ; ce sont alors les ganglions de l'angle de la mâchoire qui se prennent les premiers. Il n'est même pas rare de trouver des ganglions plus volumineux et plus infiltrés, du côté opposé à celui où a débuté la lésion.

II. **Symptômes objectifs.**—L'aspect de la lésion locale varie avec la nature de la tumeur; nous décrirons séparément les signes qui caractérisent chacune d'elles.

A. *Sarcomes.* — Au début, la dégénérescence sarcomateuse du voile peut ressembler à une simple ulcération bourgeonnante occupant la partie antérieure de la surface de cet organe. Peu à peu, ces sortes de granulations rougeâtres augmentent de volume, envahissent les parties voisines, et font bientôt au-dessus de la muqueuse une saillie assez notable pour qu'il soit facile de reconnaître leur nature. Il s'agit habituellement de myxo-sarcome, qui paraît être la forme la plus fréquente dans cette région. Ces sortes de tumeurs auraient même pu, dans quelques cas, succéder à de simples adénomes, dont le tissu aurait été ainsi transformé en tumeurs malignes.

B. *Épithélioma.* — L'épithélioma se présente habituellement sous la forme d'une tumeur également bourgeonnante, faisant au-dessus de la muqueuse une saillie plus ou moins considérable, suivant la période de l'affection.

L'ulcération est, en général, assez hâtive; toutefois, dans la forme endothéliale des Allemands, dont j'ai eu l'occasion d'observer un bel exemple chez une fillette de sept ans, la tumeur avait

une forme plus mamelonnée ; elle offrait un aspect gris rosé, occupant toute l'épaisseur du voile, comme si ce dernier était infiltré dans un tissu lardacé, lui donnant une forme irrégulière, tomenteuse, dure, tout à fait particulière. Les bosselures s'étalaient au-devant du voile, surtout d'un côté, sans jamais présenter de véritables ulcérations. Elles étaient indolores au toucher, et, malgré une large intervention qui consista à enlever tout le

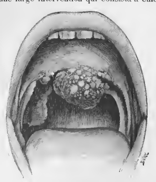


Fig. 51 — Épithélioma de la luette et du voile du palais (dessiné d'après nature).

voile du palais, l'affection récidiva rapidement sur place et emporta la petite malade en l'espace de quelques mois.

Il n'est pas douteux que cette variété spéciale de néoplasie épithéliale, problablement d'origine lymphatique, comme le veut l'école allemande, offre des caractères bien particuliers, qui permettent de la différencier nettement de l'adénome et même de l'épithélioma classique.

Marche. — La marche des diverses néoplasies auxquelles nous venons de faire allusion est habituellement progressive, et leur

allure plus ou moins variable, suivant la nature exacte de la tumeur, et même, on peut le dire, suivant l'âge des malades.

Le sarcome du jeune âge peut être considéré comme une tumeur extrêmement maligne, dont l'allure est rapide.

Il en est de même de l'endothélium, tandis que le sarcome et l'épithélioma des adultes ou des personnes âgées peut évoluer avec une lenteur relative Toutefois, s'il n'est pas enrayé dans sa marche, cette dernière est toujours progressive, l'affection envahissant peu à peu non seulement les parties voisines, mais les ganglions et l'organisme tout entier.

Diagnostic. — Le diagnostic entre le sarcome et l'épithélioma n'est pas toujours facile à faire. C'est souvent l'examen histologique de la tumeur qui seul permet de déterminer nettement à quelle sorte de néoplasie on a affaire.

Pronostic. — Le pronostic est extrêmement grave dans tous les cas. Nous savons en effet combien l'opération même la plus complète en apparence, offre d'aléas au point de vue d'une récidive? Cependant, d'après mon expérience, il semblerait que les tumeurs du voile, nettement confinées à cet organe, ayant débuté par la luette sur la partie centrale, peuvent encore, si elles sont opérées d'assez bonne heure, se guérir radicalement, au moins pendant plusieurs années.

Traitement. — Etant donnée la gravité du pronostic, on ne doit pas s'attarder aux moyens palliatifs ; un seul traitement s'impose, c'est la cure chirurgicale, qui doit être aussi large, aussi complète et surtout aussi hâtive que possible Pour que l'intervention ait des chances de donner un résultat, il faut la pratiquer à une période où le néoplasme est confiné au voile du palais seul et n'a pas dépassé la partie centrale de cet organe. Plus tard, lorsque les parties latérales sont envahies, le résultat de l'opération est beaucoup aléatoire, et souvent même l'intervention précipite la marche de la maladie au lieu de l'enrayer.

Les néoplasies secondaires venant des amygdales ou du pha-

rynx sont pour ainsi dire, dès le début, inopérables du moins avec des chances sérieuses de succès.

Dans les cas de tumeurs malignes limitées à la luette ou au voile, il ne faut pas hésiter à sacrifier tout l'organe et à faire l'amputation complète partant des bords de l'amygdale jusqu'au niveau de l'insertion postérieure du voile, sur la voûte palatine. Cette intervention est généralement facile à faire à l'aide du thermocautère qui a l'avantage de limiter l'hémorragie aux vaisseaux artériels seuls et en même temps de cautériser les points d'implantation de la dégénérescence morbide.

Habituellement de petites artérioles se rendant à la luette, donnent un peu de sang ; il suffit de les saisir avec une pince, de les tordre ou même de les lier, pour voir l'hémorragie cesser rapidement.

Dans les cas de récidive ou de tumeurs inopérables; parce que le malade vient consulter trop tard, on devra se borner à un traitement palliatif; à ce titre, le meilleur procédé jusqu'à ce jour consiste à administrer à l'intérieur des préparations arsenicales à haute dose, et, localement, à faire des badigeonnages avec de la teinture de thuya ou de chélidoine, dont le but est non de guérir la tumeur, comme on l'avait un moment pensé, mais d'empêcher son bourgeonnement et les troubles respiratoires qui en seraient la conséquence. On peut employer dans ces cas le collutoire suivant :

Solution avec :

Solution d'adrénaline à 1 p. 100	5	grammes
Extrait de thuya ou extrait de chélidoine . .	5	»
Teinture de chélidoine.	} àà 20	»
Teinture de thuya.		
Glycérine neutre	10	»

Ce médicament pourra être employé pour badigeonnages sur les parties malades, avec un pinceau, une ou deux fois par jour. Pour qu'il agisse convenablement, il faut bien en imprégner toutes les parties dégénérées. Ou bien on l'emploiera en gargarismes; à la dose d'une cuillerée à café par demi-verre d'eau

bouillie tiède ou froide, suivant la saison et la convenance du malade.

Les attouchements avec une solution de pyoctannine à 1 p. 100 produisent aussi de bons résultats, mais ils colorent fortement la muqueuse buccale, ce qui effraie quelques cancéreux et les pousse à se priver de ces applications locales.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ISTHME DU PHARYNX BUCCAL

On désigne sous ce nom la fermeture plus ou moins complète de l'orifice faisant communiquer les fosses nasales avec l'arrière-gorge.

Étiologie. — La cause la plus habituelle de l'atrésie naso-pharyngienne est incontestablement la syphilis, toutefois, on peut voir survenir ces lésions à la cicatrisation de toutes sortes d'ulcérations profondes de l'arrière-gorge. C'est ainsi que nous l'avons observée plusieurs fois, comme conséquence du lupus de cette région. Des brûlures pourraient également produire le même résultat ; mais, cette étiologie est rare.

Symptomes. — Tant que le rétrécissement n'est pas considérable il peut longtemps passer inaperçu et n'être découvert que par hasard, au moment où l'on examine l'arrière-gorge du malade qui en est porteur. Un peu plus tard, à mesure que l'atrésie a atteint un certain développement, on observe une série de troubles fonctionnels qui portent sur la déglutition, sur la phonation, l'audition et surtout sur la respiration. La déglutition est troublée et l'on observe du reflux des liquides et même de parcelles alimentaires par le nez, le voile du palais étant impuissant à fermer l'ouverture du naso-pharynx.

La voix prend un timbre nasal spécial que Kussmaul a décrit sous le nom d'alalie fermée. Toutefois, ces deux symptômes fonctionnels n'ont rien de caractéristique, car on les rencontre dans un certain nombre d'affections de l'arrière-gorge.

Les troubles auriculaires peuvent être la conséquence soit d'ulcérations siégeant au niveau des lèvres des trompes d'Eustache, soit de rétrécissements portant sur l'orifice ou sur ce conduit lui-même. Ce sont de la surdité et des bourdonnements d'autant plus prononcés que la lésion sera elle-même plus considérable. Enfin, la respiration nasale, nullement gênée au début, alors que le rétrécissement est peu important, deviendra complètement impossible lorsque l'espace naso-pharynx sera totalement oblitéré. Ordinairement, ces troubles de la respiration s'établissent peu à peu tout comme l'atrésie elle-même et l'imperméabilité absolue du naso-pharyngien, stade ultime de l'affection, est relativement assez rare. Dans ces cas, non seulement l'odorat et le goût sont altérés, mais le malade doit constamment respirer par la bouche.



Fig. 52. — Représentant une atrésie du pharynx nasal, consécutif à la syphilis (Dessiné d'après nature).

A l'examen objectif, l'aspect de l'arrière-gorge sera très variable, suivant que l'ulcération initiale aura été diffuse, limitée à un seul côté, ou à une partie de la paroi pharyngienne, c'est ainsi que la luette peut être tiraillée à droite ou à gauche ; et quelquefois même complètement méconnaissable, étant remplacée par du tissu fibreux cicatriciel. On voit, dans certain cas, des brides fibreuses sillonner toute la paroi pharyngienne, au point qu'il est souvent difficile de reconnaître les parties qui constituaient la région, les piliers postérieurs étant transformés en bourrelets fibreux plus ou moins verticaux ou obliques ; les amygdales ont souvent disparu au milieu du tissu de nouvelle formation ; le voile du palais est anfractueux, déchiqueté et tiraillé dans le sens vertical.

Il va sans dire que les altérations morbides observées varieront d'après les causes qui auront produit le rétrécissement. Nous donnons ici une série de figures exécutées sur des malades de ma clinique de la Faculté de Bordeaux. Elles donnent je crois une idée assez exacte des différentes modifications que l'on peut rencontrer au niveau de l'arrière-gorge, tant chez les syphilitiques que chez les lupiques.

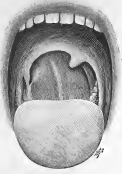


Fig. 53. — Cette figure représente une atrésie du pharynx nasal, consécutif à un lupus cicatrisé (Dessiné d'après nature).

Pathogénie. — Si les atrésies du pharynx nasal ont été signalées et étudiées depuis longtemps ; il faut bien dire que la plupart des auteurs ayant rapporté des observations de ce genre se sont presque tous copiés les uns les autres, en expliquant l'atrésie naso-pharyngienne par un simple accolement de deux surfaces ulcérées situées face à face. Je crois toutefois que cette pathogénie des sténoses de cette région doit être rejetée. Avec Alphonse Guérin, il faut assimiler l'orifice naso-pharyngien à un véritable sphincter tout à fait analogue à celui du rectum, par exemple. Ainsi que l'a démontré le Dr Brindel dans son intéressant travail[1], l'accolement du voile du palais même ulcéré, avec la paroi pharyngienne correspondante également dénudée est absolument impossible. En revanche, en suivant pas à pas l'évolution du rétrécissement et sa forme, on arrive à conclure que c'est de dehors en dedans que se produit l'atrésie, les deux piliers posté-

[1] *Revue hebdomad. de laryng.* de Moure. 2 et 9 mai 1896.

rieurs tendant toujours à se rapprocher l'un de l'autre vers la ligne médiane. Toute la région qui forme l'anneau naso-pharyngien étant plus ou moins infiltrée, transformée en tissu fibreux cicatriciel, se rétrécit peu à peu concentriquement, de manière à arriver jusqu'à obturation complète de l'espace naso-pharyngien. Cette atrésie est naturellement favorisée par la tonicité musculaire du voile du palais.

Le diagnostic du rétrécissement annulaire de l'espace naso-pharyngien est trop facile à faire pour qu'il soit besoin d'y insister ici, le seul point important sera de reconnaître la nature même de la lésion qui l'aura occasionné et le traitement qu'il conviendra d'y apporter pendant la période active de l'ulcération, si toutefois l'on constate la présence de cette dernière.

Traitement — Si nous considérons la pathogénie que nous venons d'exposer, seule plausible à notre sens, on comprend pourquoi le traitement qui consiste à décoller purement et simplement le soi-disant accolement du voile à la paroi postérieure, a subi des échecs, même entre les mains de chirurgiens éminents. Il a toujours été impossible, malgré les tentatives les plus sérieuses, de maintenir béant l'orifice artificiel ainsi créé, à moins d'employer la dilatation. Aussi la plupart des auteurs qui ont cité des exemples de guérisons relatives sont toujours arrivés à ce résultat, en employant non le décollement des parties soi-disant soudées, mais simplement la dilatation de l'orifice qui existait encore, ou de celui qui avait été créé par un moyen artificiel.

Ceci revient à dire que lorsque l'espace naso-pharyngien est simplement rétréci, pour le maintenir béant il suffit de le dilater à l'aide de bougies introduites en général par les fosses nasales, ou à l'aide de tubes de plomb passés de la bouche dans le naso-pharynx.

Si au contraire, la cavité est complètement obstruée, on devra créer une ouverture artificielle autant que possible vers la partie médiane, dans la région correspondant à la base de la luette ou au niveau du point où existait cet appendice. Cet orifice sera fait de préférence à l'aide du galvanocautère; il aura des dimensions

suffisantes pour permettre l'introduction d'une bougie d'un calibre moyen dont on augmentera graduellement le volume.

Si la mise à demeure de ces bougies est trop douloureuse, ce qui arrive quelquefois, on se bornera à les passer plusieurs fois par jour. Le malade devra lui-même apprendre cette manœuvre, de façon à maintenir le résultat obtenu et au besoin à dilater de plus en plus l'orifice artificiel ainsi créé, en passant soit chaque jour, soit de temps à autre, une série de bougies ou d'instruments *ad hoc*.

V

MALADIES DU PHARYNX

VICES DE CONFORMATION

Sous ce titre nous ne comprendrons que les différentes anomalies congénitales intéressant le pharynx ou la portion de la colonne vertébrale sur laquelle s'appuie ce dernier.

On rencontre de temps à autre sur la ligne médiane, une saillie assez considérable du corps des vertèbres qui forme une sorte de crête soulevant le pharynx et rétrécissant sa lumière dans le sens antéro-postérieur. Il est facile de distinguer ce vice de conformation d'avec le mal de Pott dont les lésions concomitantes, abcès froids, douleurs, etc., indiquent la nature.

PHARYNGOCÈLE

Sous ce titre, on désigne une dilatation plus ou moins marquée de la circonférence du pharynx inférieur.

Si l'expansion est limitée à un seul point, il se forme une sorte de poche constituée par l'enveloppe sous-muqueuse dela paroi, traversant la couche musculaire, c'est une véritable hernie du pharynx. On a attribué ces diverticules à l'habitude d'avaler gloutonnement, à l'existence de corps étrangers logés dans les parties latérales du pharynx. La faiblesse des parois doit aussi entrer en ligne de compte dans la pathogénie de ces altérations.

Les symptômes de la pharyngocèle sont très variables ; nuls dans quelques cas, ils sont caractérisés d'autres fois par une sen-

sation de plénitude. On constate aussi après les repas comme une sorte de rumination, les aliments reviennent dans la bouche pour être de nouveau mastiqués et avalés. Ces diverticules, parfois visibles et perceptibles extérieurement se vident spontanément, par régurgitation et sans effort ; d'autres fois au contraire, le malade en ayant conscience provoque lui-même le rejet des matières qui y sont contenues, à l'aide de pressions rythmées allant de bas en haut, faites sur les parois latérales du cou, en arrière du larynx. On conçoit que ces poches puissent être multiples et de profondeur variable.

Au point de vue anatomo-pathologique, elles ne présentent rien de particulier, généralement les fibres musculaires des parois sont rares, souvent même elles n'existent pas.

Traitement — Le meilleur traitement consisterait à obtenir la soudure de l'entrée de la pharyngocèle par inflammation. Malheureusement il n'est pas très facile de limiter la poussée inflammatoire aux parois de la poche ; aussi est-il à craindre de voir se produire une perforation de la paroi, c'est-à-dire une complication grave, si le prolapsus est assez important et plonge profondément dans le cou ou même le médiastin. On a recommandé l'emploi de plaques *ad hoc* placées extérieurement sur les parties latérales du cou, au moment des repas, de manière à faire de la compression et à empêcher la réplétion du diverticule. Je crois qu'il est encore plus simple d'apprendre les malades lorsqu'ils ne l'ont pas déjà fait par eux-mêmes, à vider leur poche à l'aide de taxis faits de bas en haut, de manière à refouler les parcelles alimentaires du fond vers la périphérie. Si l'ouverture de la pharyngocèle était visible au laryngoscope, on pourrait essayer d'en produire l'atrésie à l'aide d'applications caustiques, galvaniques ou autres, à l'entrée.

Enfin, il n'est pas douteux que si l'existence de cette lésion compromettait la vie du malade, il ne faudrait pas hésiter à l'ouvrir par la voie externe pour réunir ensuite les parois de la muqueuse avivées par accolement, tel qu'on le fait pour l'œsophagotomie.

PLAIES

Les plaies du pharynx sont relativement rares, on ne les observe guère que chez les enfants ayant la mauvaise habitude de porter dans la bouche des objets ou moins acérés sur lesquels ils tombent par accident, les enfonçant ainsi dans leur arrière-gorge jusqu'à la paroi pharyngienne. On conçoit dès lors que ces plaies puissent être extrêmement variables suivant la nature de l'objet et la façon dont se produit le traumatisme.

Quant aux projectiles venant de l'extérieur (balles de revolver, etc.), ils n'offrent rien de particulier à signaler, la radioscopie nous permettant aujourd'hui d'en reconnaître le siège exact, par conséquent le traitement qu'il convient de leur expliquer.

Symptômes. — Le symptôme principal est l'hémorragie par rupture des vaisseaux qui sillonnent la paroi pharyngienne. Si elle ne se fait pas jour extérieurement, elle peut se traduire par un hématome sous-muqueux de volume variable, d'où formation d'abcès, ou résorption sur place, fait le plus fréquent. On observe dans ces cas du nasonnement, de la gêne dans les mouvements du cou et pour la déglutition ; en un mot tous les symptômes qui rappellent ceux de l'abcès froid rétro-pharyngien.

Le *diagnostic* de l'affection est en général facilité par l'historique de la maladie ou par l'examen de l'arrière-gorge.

Le *pronostic* varie, cela va sans dire, avec la nature de la plaie ses dimensions et son importance.

Quant au *traitement*, il consistera d'abord à arrêter l'hémorragie A cet effet, on fera usage de compression digitale, des tampons de ouate ou de gaze introduits dans l'arrière-gorge. Toutefois, si une branche artérielle importante était ouverte, il serait nécessaires de faire la ligature de la carotide pour empêcher le malade de mourir d'hémorragie. Si une lanière de muqueuse détachée venait à tomber dans le larynx, on en pratiquerait la section à l'anse

galvanique, au bistouri, ou bien encore avec des ciseaux ou tout autre instrument tranchant approprié.

L'alimentation du malade sera réglée d'après la nature et l'importance de la lésion.

BRULURES

Les brûlures du pharynx sont assez rares dans nos pays, on ne les observe guère qu'en Amérique ou en Angleterre, c'est-à-dire dans les pays où l'on a la déplorable habitude de laisser à la portée des enfants des bouilloires contenant du thé bouillant, qu'ils viennent absorber directement. Toutefois, on rencontre dans tous les pays des brûlures occasionnées par des caustiques absorbés soit par erreur, soit dans un but de suicide (acide sulfurique, potasse caustique, etc.).

Symptômes. — Le premier symptôme est une douleur très vive, s'irradiant en général vers l'oreille, car la brûlure n'est pas limitée au pharynx, elle occupe la bouche, l'arrière-gorge, souvent même l'œsophage tout entier. Suivant l'importance de la lésion, il existe de l'infiltration œdémateuse qui gêne rapidement la respiration.

Nous n'avons pas à nous étendre ici sur la nature des différentes escarres tenant aux liquides ingérés; il nous suffira de rappeler que les brûlures dues à l'acide sulfurique produisent une escarre brunâtre; à l'acide nitrique une escrare jaunâtre; l'acide chlorhydrique teinte les surfaces en noir ou tout au moins en rouge foncé; l'acide phénique produit au contraire des escarres blanchâtres, pelliculaires, pareilles à celle du nitrate d'argent, mais beaucoup plus profondes. Somme toute, ces sortes de lésions n'appartiennent pas exclusivement à la paroi pharyngienne, car les symptômes de ces brûlures se confondent habituellement avec ceux des mêmes altérations portant sur les organes du voisinage.

Le *diagnostic* est facile à faire, tant par les anamnestiques que par l'examen direct de la bouche et de la gorge.

Le *pronostic* dépend évidemment de la nature de la brûlure et de son importance. Il variera suivant que les lésions seront plus ou moins profondes et détermineront ou non des sténoses cicatricielles consécutives.

Le *traitement* devra toujours consister en lavages abondants de l'arrière-gorge, de la bouche, du pharynx, de l'œsophage et même de l'estomac et l'application d'antidotes appropriés aux liquides absorbés.

Pour les acides, les alcalins et pour les brûlures par alcalis, du lait ou de l'eau albumineuse.

On se rappellera que si on pratique le cathétérisme œsophagien, il faut le faire avec une douceur extrême, afin de ne pas produire de perforation car l'on risque de pénétrer dans le médiastin au lieu d'aller dans l'estomac comme on voudrait le faire. Des gargarismes émollients avec des feuilles de coca et des analgésiques locaux, une alimentation légère, généralement liquide ou demi-molle, constitueront la base de la médication topique et générale

Le traitement ultérieur des sténoses sera indiqué plus loin. Mais, si la chose est possible, on évitera leur production, ce qui vaudra mieux que d'avoir à les traiter.

ECTASIES VASCULAIRES DU PHARYNX

On peut trouver sur la paroi pharyngienne des dilatations veineuses ou artérielles qui sont habituellement sous-muqueuses et assez profondes pour ne pas donner lieu à des symptômes hémorragiques En examinant l'arrière-gorge on voit sur les parois latérales du pharynx soit une petite tumeur saillante, réductible par la pression, recouverte de la muqueuse saine ; cette saillie est animée de pulsations isochrones aux battements du pouls (Moure, Gellé, etc.).

D'autres fois ce sont simplement des vaisseaux sinueux et un peu dilatés également pulsatifs. Ces derniers ne sont point très rares et ne déterminent aucun phénomène subjectif. On a également (Uruñuela) signalé l'existence de varices volumineuses occupant la paroi du pharynx.

PHARYNGITE CATARRHALE AIGUE

On désigne ainsi l'inflammation localisée à la paroi postérieure du pharynx.

Les causes habituelles de l'affection sont celles qui président au développement des inflammations analogues de l'arrière-gorge. Le plus souvent on voit la maladie succéder soit à un coryza aigu, soit à une adénoïdite catarrhale. Les refroidissements de toute nature, les excès de tabac, de boissons alcooliques, sont autant de causes susceptibles de faire naître cette infection.

Les symptômes fonctionnels consistent surtout en une sensation d'ardeur, de brûlure et de picotement à l'arrière-gorge, qui se réveillent particulièrement au moment de la déglutition de la salive ou de certains aliments; on observe souvent de la véritable dysphagie douloureuse. Les douleurs parfois violentes, s'irradient jusqu'à l'oreille. Si l'inflammation a gagné le pharynx nasal, on constate alors des poussées d'otite moyenne catarrhale passagère, avec les symptômes qui caractérisent cette affection (bourdonnements, sensation de plénitude, surdité, etc.).

Objectivement, en abaissant la langue sur le plancher de la bouche, on constate d'abord une rougeur localisée à la paroi postérieure du pharynx ; la région est non seulement vermillonnée, mais elle est un peu tuméfiée et les follicules clos qui la parsèment font saillie au-dessus de cette muqueuse ; ils sont rouges et légèrement granuleux. C'est surtout lorsque l'inflammation se cantonne aux follicules de la paroi latérale du pharynx, que les symptômes objectifs et fonctionnels sont les plus prononcés. J'ai même vu dans quelques cas, se produire de petites érosions superficielles ou même des collections purulentes accumulées dans l'épaisseur même de la muqueuse, véritables abcès circonscrits superficiels. Il peut exister aussi un léger état œdémateux du bord libre du voile du palais et de la luette.

Si l'on pratique l'examen avec le miroir laryngoscopique, on peut voir que l'irritation descend jusqu'à l'entrée de l'œsophage

et gagne vers la partie supérieure, jusque dans le naso-pharynx.

Le diagnostic est facilité non seulement par l'exposé des symptômes, mais surtout par l'examen objectif qui permet de localiser le mal à la paroi du pharynx. Les amygdales, le voile du palais et, d'une façon générale, toute l'arrière-gorge, sont souvent indemnes de toute lésion.

Le traitement doit consister en inhalations chaudes, aromatiques ou autres, faites par les fosses nasales et par la bouche, en applications de vaseline cocaïnée et boriquée dans le nez; j'emploie habituellement la formule ci-jointe :

Pommade avec :

Chlorhydrate de cocaïne.	5 a 20 centigr., suivant l'âge des malades.
Menthol pulvérisé.	5 a 15 centigrammes
Acide borique.	1 gramme
Vaseline.	15 »

Mettre gros comme un pois de cette pommade, deux ou trois fois par jour dans chaque narine, l'aspirer fortement et la faire pénétrer jusque dans le naso-pharynx. Les gargarismes alcalins boratés et surtout, au début, un badigeonnage de la paroi enflammée au chlorure de zinc en solution au 1/30°, sont d'excellents moyens pour juguler l'affection. C'est en somme, le traitement de l'angine catarrhale aiguë. S'il se forme de petits points abcédés, il conviendra de les ouvrir soit avec la pointe galvanique, soit avec le stylet.

MUGUET

Bien que le muguet soit généralement une affection secondaire, observée surtout chez les jeunes enfants, au cours de quelques affections des voies digestives et plus rarement chez l'adulte (tuberculeux avancés), il peut cependant exister seul et se localiser à la paroi postérieure du pharynx buccal et du pharynx inférieur.

Dans ce cas, l'oïdium albicans apparaît ordinairement chez des

malades dont les voies digestives fonctionnent mal. Je l'ai vu survenir chez une dame de vingt-sept ans, après des fatigues et des préoccupations occasionnées par la maladie de deux enfants.

Les symptômes généraux sont nuls. Localement, les sujets atteints se plaignent d'une sensation de sécheresse ou même d'ardeur à l'arrière-gorge, troubles qui n'ont du reste rien de caractéristique.

A l'examen objectif on aperçoit sur la paroi du pharynx des taches blanches, d'aspect laiteux, dont l'épaisseur fait saillie au-dessus de la muqueuse. Si l'éruption est un peu ancienne, les plaques peuvent être jaunâtres, ressemblant à de la crème de lait déposée sur le pharynx. Dans les cas que j'ai observés, les touffes étaient isolées et bien séparées les unes des autres. Le fond sur lequel reposaient ces champignons était un peu rouge et érythémateux, mais non tuméfié. Le muguet assez adhérent au début, se détache aisément vingt-quatre ou quarante-huit heures après son apparition. Les muqueuses de l'arrière-gorge et de la bouche, même de la langue, peuvent être complètement normales sans aucune trace d'éruption.

Le traitement consiste à prescrire un régime alcalin (lait, œufs, eau de Vichy, à l'intérieur) pas de bouillon, de viande ni autres aliments pendant deux ou trois mois.

Localement, les gargarismes et collutoires alcalins font rapidement flétrir l'oïdium albicans qui s'épanouit sur la muqueuse pharyngée. Je recommande ordinairement les solutions dont j'ai donné la formule en parlant de l'angine aiguë (voir p. 32 et 33). Elles ont l'avantage de servir en même temps de gargarisme et de collutoire pour badigeonner les surfaces malades.

GANGRÈNE DU PHARYNX ET DE L'ARRIÈRE-GORGE

La gangrène de l'arrière-gorge peut être quelquefois localisée à la paroi pharyngienne, mais le plus souvent elle occupe en même temps les amygdales et le voile du palais. Elle atteint particulièrement les enfants, mais on la rencontre aussi chez des adoles-

cents (Moure) et chez des adultes (Ramon de la Sota). Elle survient habituellement comme complication d'angines infectieuses, dues à la scarlatine, la rougeole, la variole, l'érysipèle, la fièvre typhoïde même, ou la diphtérie. On l'observe chez les sujets débilités, cachectiques, en état de déchéance organique, conséquence d'une mauvaise hygiène, de privations, etc. Dans quelques cas, elle accompagne le noma (Rillet et Barthez).

Symptômes. — Les symptômes généraux sont parfois assez sérieux pour attirer l'attention du malade et du praticien, car le début peut être brusque, marqué par un ou plusieurs frissons, accompagnés de fièvre et de douleur à l'arrière-gorge. Cependant j'ai vu aussi l'affection débuter d'une façon presque latente, par une fatigue générale et une série de troubles pouvant ressembler à un début de fièvre typhoïde. A une période plus avancée, des pétéchies à la peau, une diarrhée fétide avec ou sans hémorragie démontrent l'infection générale du sujet.

Il faut aussi noter parmi les troubles fonctionnels importants, la fétidité de l'air expiré, l'expectoration sanieuse, muco-purulente, souvent accompagnée de lambeaux de muqueuse sphacélée. L'odeur presque caractéristique de l'haleine est un symptôme capital sur lequel Ramon de la Sota a particulièrement insisté avec juste raison.

La déglutition est douloureuse, au point que certains malades refusent presque de s'alimenter ; au début même, on observe du reflux des liquides par le nez, lorsque le voile du palais enflammé, est plus ou moins immobilisé.

A l'examen de l'arrière-gorge, on constate d'abord une simple rougeur des piliers, des amygdales et de la paroi postérieure du pharynx, accompagnée d'un peu de gonflement ; puis, bientôt après, on aperçoit une série de plaques grisâtres, arrondies, ou à bords irréguliers, dont les dimensions varient de la grosseur d'un pois ou d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes à 1 franc. Les bords de ces ulcérations sont irréguliers, comme taillés à pic, au dépens de la muqueuse voisine, qui est rouge, infiltrée, quel-

quefois même recouverte par places, de petites phlyctènes laissant échapper un détritus sanieux fétide.

A un stade plus avancé, toute l'arrière-gorge est transformée en un vaste ulcère, formé de lambeaux de muqueuse gangrenée ; la luette, en partie détachée, pend dans l'arrière-gorge, recouverte d'un enduit diphtéroïde épais ; les piliers, la paroi postérieure du pharynx, sont transformés en une masse grisâtre informe, au milieu de laquelle il est difficile de reconnaître la structure de la région. De temps à autre, des lambeaux de muqueuse sphacélée se détachent et sont rejetés par le malade avec des efforts plus ou moins considérables ; cette expulsion est quelquefois accompagnée d'hémorragies assez graves pour mettre la vie du malade en danger.

L'albuminurie est assez habituelle. La marche de la maladie est généralement lente, mais progressive, la prostration augmente de plus en plus, la fièvre peut disparaître, mais le pouls devient petit, dépressible, les extrémités se refroidissent, la température s'abaisse. On observe des sueurs profuses, des hémorragies, et le malade succombe peu à peu, emporté par l'infection générale. Cependant, on a pu dans certains cas très limités, voir la réparation se faire et le malade guérir.

D'après Trousseau, la durée de l'affection serait de huit à quinze jours ; je dois avouer cependant que dans les cas que j'ai eu l'occasion d'observer, cette lésion a duré beaucoup plus longtemps, puisque deux fois je l'ai vue se prolonger pendant plusieurs mois, peut-être grâce au traitement reconstituant suivi par les malades. Deux de ces derniers ainsi atteints finirent par succomber au progrès de la maladie par cachexie.

Complications. — Les complications les plus habituelles sont les hémorragies à distance (poumon, intestin, reins), les œdèmes de voisinage et en particulier l'infiltration des replis ary-épiglottiques et la gêne respiratoire qui en est la conséquence. Nous avons déjà signalé les ulcérations des gros vaisseaux de l'arrière-gorge.

Pronostic. — Il est inutile d'insister sur la gravité du pronostic d'une affection qui tue généralement, puisque deux pour cent

seulement seraient susceptibles de guérir (Trousseau, Morell-Mackensie).

Diagnostic. — La gangrène du pharynx ne pourrait guère être confondue qu'avec la diphtérie, mais dans les formes graves de cette dernière, les fausses membranes sont généralement plus blanches ; il existe en outre un engorgement ganglionnaire assez caractéristique. D'un autre côté, la marche de l'affection, l'absence de points sphacélés et partant de fétidité de l'haleine, sans parler de l'examen bactériologique, constitueraient je crois des éléments suffisants pour étayer un diagnostic. Quoi qu'il en soit, il faut savoir qu'on a observé quelquefois la gangrène à la suite de la diphtérie, comme complication de cette dernière : dans ces cas, c'est par l'apparition des symptômes que nous avons indiqués que le diagnostic pourrait être établi.

Traitement. — En présence d'une maladie aussi grave que la gangrène de l'arrière-gorge, on doit agir dès le début avec la plus grande énergie ; le premier point consistera à maintenir les forces du malade ou à essayer de les relever si elles sont déjà en partie perdues ; à ce titre, les toniques généraux, le quinquina, la quinine, le champagne, etc., trouveront leur indication toute naturelle. On pourra également employer dès le début, soit du cacodylate de soude à l'intérieur, ou sous forme d'injections hypodermiques ; les injections de sérum artificiel, de caféine, etc., constitueront les bases du traitement général dont on devra faire bénéficier le malade.

Localement, on pourra mettre en jeu toute la série des antiseptiques dont dispose la thérapeutique. Voici à mon sens quel doit être le traitement méthodique de l'affection.

Lavages réguliers et fréquents de la gorge, à l'aide d'injections de liquides alcalins (borate de soude ou eau salée tiède) ou mieux encore, eau oxygénée, à 12 volumes, étendue d'eau. Les pulvérisations antiseptiques mais non caustiques (acide phénique, acide chlorhydrique, thymol, formol, acide salycilique seront aussi de précieux adjuvants. De temps à autre il sera bon de badi-

gconner les parties malades, soit avec du jus de citron, de la glycérine phéniquée au 1/5e ou 1/3 et même nous conseillons volontiers les badigeonnages avec une solution de chlorure de zinc au 1/30e ou encore 1/15e ; ce dernier médicament permet parfois d'obtenir l'élimination assez rapide des eschares et de faire l'asepsie de la région. Il faudra bien se garder de supprimer les lambeaux de muqueuse *non encore sphacélée* avec le bistouri ou la pince coupante, car on pourrait s'exposer à déterminer la mort du malade par hémorragie, comme dans un des cas rapportés par M. Ramon de la Sota, car les parois vasculaires sont en si mauvais état que l'hémostase se fait en général très mal. Il est inutile d'ajouter que s'il existe des complications œdémateuses du côté du larynx, le tubage ou la trachéotomie pourront être indiqués à un moment donné. Il va sans dire que les diverses complications s'il en survient, seront traitées par des moyens appropriés à chacune d'elles.

PHARYNGITE SÈCHE

Définition. — On désigne sous ce nom une inflammation chronique de la muqueuse du pharynx caractérisée par de la sécheresse, avec ou sans atrophie de la muqueuse.

Étiologie. Pathogénie. — La sécheresse de l'arrière-gorge a été décrite comme le symptôme de quelques affections des fosses nasales, obligeant le malade à respirer par la bouche (hypertrophie des cornets, végétations adénoïdes, déviations de la cloison, etc.). On l'observe aussi dans certaines maladies généralisées. C'est ainsi que Chomel, Morell-Mackenzie, Guéneau de Mussy, l'ont signalée dans la pharyngite granuleuse ; tandis que pour Löri, etc., elle indique une maladie de cœur. Pour Joal, Ruault et beaucoup d'autres (Garel), on l'observe dans le diabète ou le mal de Bright. Cette forme d'angine est alors symptomatique ; nous nous bornerons à la signaler ici.

D'autres fois au contraire, elle constitue une véritable entité

morbide et mérite à ce titre une description spéciale, telle que l'ont faite B. Fränkel, Solis-Cohen, Bosworth, Fayseler, etc.

Je pense que dans ce cas la pharyngite sèche mérite une étude spéciale.

On peut distinguer deux formes : l'une, à laquelle Ruault a fait allusion, en traitant de ce qu'il appelle le catarrhe chronique de l'amygdale pharyngée ; l'autre, véritable pharyngite atrophique, généralement consécutive à une affection des fosses nasales du même nom.

La première de ces deux formes, véritable scrofulide, telle que l'ont décrite Isambert et Lemaître, me paraît généralement faire suite à un catarrhe de même nature occupant les fosses nasales et souvent le naso-pharynx. On l'observe fréquemment chez les enfants porteurs de végétations adénoïdes et présentant cet aspect général lymphatique, souvent même strumeux, que tout le monde connaît. Je ne crois pas que les vapeurs ou poussières irritantes aient une influence bien considérable sur la production de ce catarrhe.

La seconde forme, bien que reconnaissant pour cause le passage trop rapide de l'air dans des fosses nasales trop larges, est habituellement la propagation du processus atrophique du nez à la muqueuse pharyngée. C'est par une propagation lente mais constante du travail d'atrophie commencé dans les fosses nasales, que le naso-pharynx est d'abord atteint, puis le pharynx, et même le larynx (Voir plus loin laryngite sèche).

Symptômes. — Les symptômes fonctionnels et locaux varient un peu dans les deux formes ; dans la première, il n'existe pas, à proprement parler, de sécheresse très prononcée de l'arrière-gorge ; le malade se plaint seulement d'expectorer, surtout le matin, une sécrétion épaisse, visqueuse, d'aspect jaunâtre, se concrétant même parfois sous la forme de croûtes qui ne sont jamais très épaisses et ne répandent pas autour d'elles l'odeur spéciale des coryzas ozénateux. Souvent même la sécrétion est plutôt simplement muco-purulente que desséchée. A l'examen de l'arrière-gorge, débarrassée des sécrétions qu'elle contient, la

muqueuse apparaît alors d'un rouge chagriné, tuméfiée par places, plutôt qu'atrophiée ; on la trouve souvent assez pâle et décolorée. L'examen rhinoscopique permet de constater que ce catarrhe pharyngien remonte jusque dans le naso-pharynx, où existe fréquemment de l'adénoïdite chronique de même nature, ainsi qu'un catarrhe nasal non atrophique.

Dans cette sorte de pharyngite sèche il n'existe ni ozène, ni atrophie des cornets. Il semble qu'il s'agisse ici d'une sorte de catarrhe pré-lupique. Ces troubles locaux sont souvent accompagnés d'adénite soux-maxillaire ; et nous avons observé dans quelques cas, avec notre collègue le Dr W. Dubreuilh, cette inflammation spéciale des fosses nasales et du pharynx, suivie d'une éruption lupique sur les ailes du nez ou à la face. On peut considérer qu'elle rentre tout à fait dans la forme décrite autrefois par Isambert, sous le nom d'angine scrofuleuse superficielle, peut-être un peu trop oubliée aujourd'hui.

Dans la seconde forme, véritable pharyngite sèche atrophique, on constate souvent des troubles de la déglutition à vide, ainsi qu'une sécheresse très prononcée de l'arrière-gorge dont se plaignent beaucoup les malades. Si le larynx est envahi, l'expectoration est épaisse, visqueuse, croûteuse même, il n'est pas rare d'observer des céphalées en casque, sur lesquelles notre collègue, le professeur Vergely (de Bordeaux), a appelé l'attention. Le naso-pharynx et le pharynx lui-même sont tapissés d'amas croûteux, verdâtres, que l'on retrouve également dans l'arrière-nez et dans les fosses nasales, en même temps qu'il existe dans ces dernières les signes d'un coryza atrophique avec ou sans ozène, suivant la période à laquelle est arrivée l'affection nasale. Si le naso-pharynx est envahi, on peut observer les troubles de l'ouïe (surdité, bourdonnements) par catarrhe tubaire. A l'examen direct, on constate d'abord un élargissement très prononcé du pharynx ; la muqueuse est sèche, comme recouverte de vernis épais, desséché à sa surface, transparent dans certains points, opaque dans d'autres. Au-dessous de cet enduit, la muqueuse est rugueuse, plissée et très amincie ; elle est souvent pâle et décolorée.

Diagnostic. — Lorsqu'un malade se plaint tout simplement de sécheresse de l'arrière-gorge, s'il s'agit d'un adulte et que l'examen indique l'existence d'une couleur rouge sombre, avec épaississement de la muqueuse palatine, des piliers et du pharynx, l'aspect luisant et la sécheresse de cette dernière, on pourra songer au diabète ou à l'albuminurie (Joal) ou à une tout autre maladie générale. Au contraire, si l'on aperçoit chez les enfants ou les adolescents, sur la paroi postérieure, ces masses demi-solides, ou muco-purulentes, s'écoulant du naso-pharynx, il faudra pratiquer l'exploration des fosses nasales et de l'arrière-nez, pour voir s'il n'existe pas à ce niveau, de cause susceptible d'occasionner le catarrhe de l'arrière-gorge. Cet examen permettra de reconnaître l'existence d'un coryza atrophique ou d'une de ces inflammations chroniques auxquelles j'ai déjà fait allusion en étudiant la symptomatologie de cette affection.

Si l'on constate la présence d'une traînée de véritable pus sur les parois latérales du pharynx, ou à plus forte raison d'un seul côté, on devra penser à la possibilité d'une affection sinusienne et chercher de ces côtés l'origine de la pharyngite. Il faut en un mot se rappeler que très souvent l'affection du pharynx est sous la dépendance d'une inflammation des fosses nasales, de l'une des cavités accessoires, ou du naso-pharynx lui-même (adénoïdite chronique).

Pronostic. — Le pronostic de la pharyngite sèche varie d'après la cause qui l'a produite.

Traitement. — La première forme exigera surtout un traitement général par les toniques, l'huile de foie de morue, l'arsenic, les sulfureux, etc. Localement on dirigera d'abord son action du côté des fosses nasales ou du naso-pharynx. S'il existe une adénoïdite chronique, le curettage naso-pharyngien sera le meilleur moyen de débarrasser rapidement le malade de son inflammation. Dans d'autres cas, il faudra recourir aux badigeonnages locaux, aux douches nasales ou rétro-nasales, parfois même au massage nasal.

Dans la forme réellement atrophique, le traitement général

consistera à administrer de l'iodure de potassium, de sodium, ou du benzoate de soude à l'intérieur. Le traitement hydro-minéral, sulfureux, arsenical, ou même alcalin, bien appliqué, constituera une médication dont il faudra savoir faire bénéficier le malade.

Localement, on prescrira des douches nasales ou rétro-nasales ascendantes, qui seront faites avec du sel marin, du borate de soude ou de l'acide borique, deux cuillerées à café par litre d'eau tiède, de manière à pratiquer le nettoyage complet des cavités atteintes.

Quelques badigeonnages ou pulvérisations naso-pharyngiennes de l'arrière-gorge, faits avec des solutions huileuses mentholées, seront aussi très utiles au malade. Voici la formule suivante que je recommande :

Eucalyptol	0,25 centigrammes
Thymol.	0,05 à 0,15 »
Menthol	2 à 4 grammes
Huile de vaseline	100 »

Cette formule pourra être employée soit en badigeonnages directs, faits avec le porte-ouate ou en pulvérisations par les fosses nasales ou le pharynx, à l'aide d'un pulvérisateur spécial.

Le massage vibratoire, tel que l'a préconisé Braun (de Trieste) m'a paru également donner, dans ces formes de pharyngite, un résultat appréciable, surtout lorsqu'il est appliqué en même temps sur la muqueuse des fosses nasales, dont il peut réveiller la vitalité et favoriser la sécrétion ; s'il ne guérit pas toujours les malades, il aide du moins fortement à les soulager.

Dans les pharyngites symptomatiques, le traitement s'adressera à la cause initiale du mal et non au symptôme lui-même.

ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIENS

Définition. — On désigne ainsi des abcès circonscrits au début, occupant le tissu cellulaire qui entoure le pharynx.

Étiologie. Pathogénie. — Si l'on se rappelle que dans ses deux tiers supérieurs, le pharynx a la forme d'une gouttière ouverte en

avant, accolée par sa convexité à la colonne vertébrale, et que dans son tiers inférieur il forme un canal complet, on pourra en déduire que les abcès des portions buccales et nasales sont en même temps rétro-pharyngiens et latéraux, tandis que dans la partie inférieure ils sont parfois médians. Il va sans dire que suivant le degré de l'infection, le phlegmon sera circonscrit ou diffus, c'est-à-dire occupera soit un seul point, soit les différentes portions de cet organe. Pour ce motif, nous étudierons dans le même chapitre les abcès rétro-pharyngiens supérieurs et inférieurs en signalant les symptômes qui peuvent caractériser l'une ou l'autre de ces localisations.

Les collections purulentes de cette région revêtent deux formes principales :

1° Les abcès chauds; 2° les abcès froids. Ces derniers sont habituellement d'origine tuberculeuse, et souvent symptomatiques d'un mal de Pott cervical ou d'une affection générale.

Il convient de se rappeler qu'il existe en arrière du pharynx et de l'œsophage, une sorte de cavité virtuelle, limitée à la partie postérieure par l'aponévrose prévertébrale et en avant par une gaine cellulaire destinée à assurer le glissement de ces deux organes. De chaque côté se trouve le feuillet sagittal de Charpy[1]. Cette cavité est susceptible d'être distendue par une insufflation d'air ou une injection de liquide (Escat) ; elle va de la base du crâne jusque dans le médiastin. Au niveau du pharynx nasal seulement, elle se divise longitudinalement en deux cavités secondaires par un accolement sur la ligne médiane de l'aponévrose pharyngienne à l'apophyse basilaire et au tubercule antérieur de l'atlas ; plus bas, cette division n'existe plus (voir fig. 54).

Dans l'intérieur de cette cavité, au milieu du tissu cellulaire se trouve, de chaque côté le ganglion supérieur du sympathique avec sa gaine, suite du dédoublement de la gaine sagittale, et les ganglions lymphatiques dits de Gillette. Les vaisseaux et

[1] Voir pour plus de détails *Le Pharynx : Anatomie et Physiologie* par le Dr Chauveau, Paris, 1901.

nerfs du cou sont situés en dehors du feuillet de Charpy, près de sa face externe.

Le ganglion ou les ganglions rétro-pharyngiens reçoivent les lymphatiques du nez, du naso-pharynx, de la trompe d'Eustache, et du pharynx, organes qui sont habituellement le point de départ de l'infection rétro-pharyngienne.

Les abcès aigus du pharynx sont des lésions assez rares que tous les auteurs disent être plus fréquentes dans le jeune âge, de six mois à deux ans[1]. Broca les croit très rares au-dessus d'un an, mais d'après mon expérience on les rencontre aussi chez les adolescents et même chez les adultes. Le mauvais état général des sujets, le lymphatisme, les mauvaises conditions hygiéniques, en un mot l'affaiblissement général de l'organisme, telles sont les causes qui occasionnent le plus habituellement la lésion pyogène.

Dans d'autres cas, le point de l'infection résulte d'une fièvre éruptive, telle que la rougeole, la scarlatine, ou encore d'un érysipèle, d'une grippe, etc. ; on comprend aussi qu'une bronchite aiguë, un coryza purulent, une adénoïdite ou une otite moyenne suppurée, puissent avoir le même résultat. Chez l'adolescent et l'adulte, l'infection suppurative des cavités accessoires des fosses nasales peut servir de porte d'entrée à l'agent septique rétro-pharyngien.

Anatomie pathologique. — Sans revenir sur la disposition anatomique de la paroi pharyngée, la collection purulente siège dans le naso-pharynx, le pharynx buccal ou le pharynx inférieur. L'abcès est ordinairement unilatéral, au début. Le pus est généralement fétide, assez bien lié, d'aspect jaunâtre, quelquefois même d'un jaune un peu sale, mais il ne contient aucun microbe spécifique. On y a trouvé des streptocoques, des staphylocoques, des pneumocoques, des bacilles communs, et très rarement une espèce microbienne unique.

[1] Il est possible que, vu la difficulté de pratiquer l'examen de la gorge des jeunes enfants, quelques abcès amygdaliens postérieurs ou externes, ou même des adéno-phlegmons latéro-pharyngiens ont dû être considérés comme de véritables abcès aigus de la paroi pharyngienne.

Symptomes. — Au début, ce sont quelquefois les symptômes d'une simple angine ou d'un coryza aigu, d'autres fois, les premières sensations du mal passent inaperçues, surtout chez les jeunes enfants : chez le nourrisson, on observe un peu d'inappétence ou de la difficulté pour prendre le sein et un trouble plus ou moins marqué de la respiration. Puis, très rapidement apparaissent la fièvre avec des frissons, des vomissements, des convulsions même, et de l'abattement ; la tête est plus ou moins immobilisée, car le moindre mouvement est douloureux. Puis les troubles de la déglutition augmentent ; l'enfant avale avec beaucoup de difficulté, le peu de liquide qu'il absorbe reflue par le nez. La respiration s'embarrasse. Alors, surviennent la dyspnée, le cornage et le tirage, accompagnés d'accès de suffocation qui rappellent ceux du croup. Ces troubles sont la conséquence de l'infiltration périphérique qui gagne souvent l'entrée du larynx ou immobilise l'articulation crico-aryténoïdienne du côté atteint. La voix conserve son timbre normal, un peu nasonné, cependant.

Chez l'adulte, les troubles fonctionnels sont plus faciles à observer, ils sont ordinairement moins prononcés, car le diagnostic peut être fait plus hâtivement. La gêne de la déglutition et la douleur paraissent dominer la scène.

Extérieurement, suivant que l'abcès siège sur la partie médiane ou sur les parois latérales, on observe peu ou pas de symptômes. Si la collection purulente est médiane, le cou est raide, mais non tuméfié, tandis que si l'abcès est latéral, on voit, au contraire, apparaître sur les côtés, derrière l'angle de la mâchoire, un gonflement plus ou moins considérable, accompagné d'une adénite douloureuse au toucher. A une période plus avancée, si le pus a fusé au dehors de l'aponévrose pharyngée, ou si l'infection a gagné les masses ganglionnaires de cette région du cou, (voir fig. 56) on constate les signes de l'abcès latéro-pharyngien.

L'examen de l'arrière-gorge est souvent difficile à pratiquer chez les enfants, à cause de la contracture des mâchoires, et de la raideur de la langue, cependant en y mettant de la patience et un peu de force, en usant au besoin de l'ouvre-bouche, on aperçoit, suivant la période de l'infection, une paroi pharyngienne

infiltrée, rouge, faisant saillie vers la cavité buccale, jusque par derrière le voile. Chez l'adulte, il est facile de voir la forme et la limite exactes de l'infiltration latérale dans les abcès circonscrits. L'examen laryngoscopique, s'il est possible, montre que le boursouflement s'étend en arrière soit vers l'entrée de l'œsophage, soit vers la paroi postérieure du larynx, ce qui explique les troubles de la déglutition et même de la respiration chez les jeunes enfants.

Le voile du palais et les amygdales sont ordinairement intacts, ou simplement refoulés en avant par la tuméfaction de la paroi postérieure.

Au toucher, on constate qu'il existe sur la partie boursouflée une paroi mollasse et rénitente, la fluctuation peut être assez facilement perçue, soit avec l'index qui, placé sur la portion saillante, sent le choc en retour, soit avec deux doigts juxtaposés et refoulant le liquide de l'un à l'autre.

La palpation externe et le toucher pharyngien combinés serviront à reconnaître de vastes collections purulentes ayant débordé les parois du pharynx.

L'œdème du voisinage ne s'observe guère que dans les abcès rétro-pharyngiens inférieurs ou diffus ; il occupe alors les replis ary-épiglottiques ou la région aryténoïdienne.

Marche. Durée. Terminaison. — Dans les abcès chauds, véritablement aigus, la marche est ordinairement rapide. En quelques jours, (quatre ou cinq), le pus se collecte, et a des tendances à se faire jour vers l'extérieur. Les collections rétro-pharyngées médianes ont habituellement une marche plus rapide que les abcès latéraux, peut-être comme ces derniers déterminent moins de troubles fonctionnels au début, passent-ils plus facilement inaperçus pendant les premiers jours de leur évolution.

D'autres fois, la suppuration s'établit, pour ainsi dire, par poussées successives (abcès subaigus) au point que le pus met plusieurs semaines et même plusieurs mois avant de se collecter complètement ; cette dernière forme peut même constituer un véritable abcès chronique rétro-pharyngien. J'ai eu l'occasion d'en observer

plusieurs exemples chez des adultes, *sans trouver chez ces malades aucune des lésions osseuses de voisinage;* dans ce cas, les symptômes généraux et locaux sont beaucoup moins accusés, tandis que les troubles de la déglutition prédominent et attirent l'attention du malade et du médecin.

Pronostic. — Il dépend de la nature de l'abcès, de son étendue, de sa marche, de l'âge du sujet et du traitement plus ou moins actif qui a été opposé à la marche envahissante de la suppuration.

Si le phlegmon est abandonné à lui-même, qu'il s'agisse d'une forme aiguë ou chronique, l'ouverture spontanée, quoique rare, est possible. Dans ce cas, l'irruption du pus dans le pharynx et le larynx, se produisant brusquement, peut déterminer la mort. Cette terminaison par suffocation, avec ou sans ouverture de l'abcès, est assez fréquente dans le jeune âge.

L'asphyxie résulte encore de la gêne respiratoire par œdème de voisinage et obturation du larynx. La broncho-pneumonie septique, la syncope (Marfan), etc., sont aussi des complications qui viennent assombrir le pronostic de cette affection.

On voit même se produire, à la période terminale, des hémorragies graves par ulcération d'un gros vaisseaux et la mort rapide du sujet (Bokaï, etc.).

Lorsque le pus s'est fait jour au dehors, soit spontanément, soit par ouverture artificielle, un soulagement immédiat se produit, le malade reprend son appétit et la réparation se fait assez vite.

Diagnostic. — Il est habituellement facile lorsque l'abcès est constitué, mais au début, chez les jeunes enfants, alors que commencent à apparaître les phénomènes dyspnéiques, on peut penser à toutes sortes d'inflammations de l'arrière-gorge, y compris la diphtérie.

L'introduction d'un corps étranger dans le pharynx s'accompagne habituellement d'accès de suffocation, mais l'examen direct permet de reconnaître la cause de ces troubles respiratoires.

L'adénoïdite est caractérisée par de la gêne de la respiration nasale, des douleurs d'oreilles sans troubles de la déglutition. Du reste, l'inspection locale révèle dans ces cas l'intégrité de la paroi pharyngienne.

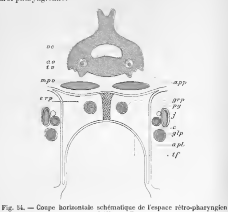


Fig. 54. — Coupe horizontale schématique de l'espace rétro-pharyngien normal (d'après Escat).

Pour faciliter la lecture de ce schéma nous avons cru qu'il était préférable de colorier les principaux organes contenus dans cette région :

Explication de la fig. 54. — *vc*, vertèbre cervicale. — *tv*, trou vertébral. — *av*, artère vertébrale accompagnée de la veine en bleu. — *mpv*, muscles prévertébraux. — *grp*, ganglion rétro-pharyngien. — *erp*, espace rétro-pharyngien. — *app*, aponévrose prévertébrale. — *tf*, tunique fibreuse du pharynx. — *apl*, aponévrose latérale. — *pg*, pneumogastrique. — *j*, jugulaire. — *c*, carotide. — *glp*, ganglion latéro-pharyngien.

L'abcès étant diagnostiqué, s'il a évolué lentement, on pensera à une lésion vertébrale, qu'il faudra chercher avec soin du côté des dernières cervicales, et surtout des premières dorsales. La position habituelle du cou sera d'un secours précieux pour établir le diagnostic de mal de Pott ou d'une ostéite de cette région.

Chez les adultes, on songera à la possibilité d'une infiltration gommeuse de la paroi pharyngienne, mais ici, outre que la partie

tuméfiée est presque indolore, particulièrement dure, localisée à une des portions latérales du pharynx, et assez circonscrite, on voit bientôt apparaître à sa surface une ulcération cratériforme caractéristique, qui permet d'éliminer toute hypothèse de suppuration.

Les abcès chroniques seront reconnus à leur marche lente et à

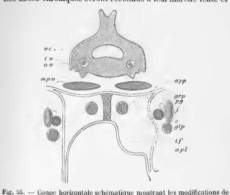


Fig. 55. — Coupe horizontale schématique montrant les modifications de l'espace rétro-pharyngien dans l'abcès latéral de cette région.

L'explication de la figure est la même que pour le pharynx normal d'après Escat, la différence consiste dans la propulsion en avant de la tuniqua fibreuse du pharynx qui vient faire saillie au fond de la gorge. Le pointillé sur l'aponévrose latérale, indique la voie que peut suivre le pus pour gagner l'espace latéro-pharyngien. Le paquet vasculo-nerveux est refoulé en dehors.

leur vaste poche fluctuante. Les adénites suppurées s'ouvrant dans le pharynx sont accompagnées de symptômes extérieurs tels que le diagnostic ne pourra être douteux.

Le diagnostic important consiste à différencier les abcès rétro-pharyngiens proprement dits, des collections purulentes formées dans la paroi externe de la loge amygdalienne ou dans l'espace latéro-pharyngien. Les schémas ci-joints, nous permettront aisément de mettre cette question au point.

A. Lorsque l'infection débute par le ganglion rétro-pharyngien (abcès postérieur et latéral), si la lésion se cantonne à cette région l'aponévrose rétro-pharyngienne se trouve projetée en avant, tandis que le plan fibreux latéral vient faire saillie en dehors. Souvent même l'infection gagne à travers cette paroi la

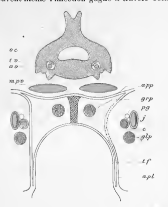


Fig. 56. — Coupe horizontale schematique, montrant les modifications de la région latéro-pharyngienne dans les abcès situés en dehors de l'aponévrose latérale du pharynx *apl.* (Voir l'explication sur la figure 54.)

La paroi fibreuse postérieure *tf* est normale, seule l'aponévrose laterale pointillée a droite de la figure est refoulée en dedans poussant au-devant d'elle l'amygdale; mais déterminant surtout un gouflement notable de l'extérieur sur la partie latérale du cou.

loge latéro-pharyngienne où elle occasionne de l'adénite autour des vaisseaux qui sillonnent le cou à ce niveau.

B. Dans une autre série de faits, l'infection partie de la paroi postérieure gagne rapidement, par voie lymphatique probablement, les tissus situés en dehors de l'aponévrose latérale. Il se produit alors de l'adénite simple rétro-pharyngienne et le pus se

collecte dans la région latéro-pharyngienne, refoulant la paroi de séparation en dedans. Dans ces cas la lésion est hors du pharynx et le gonflement périphérique se fait en dehors, c'était le contraire dans le cas précédent.

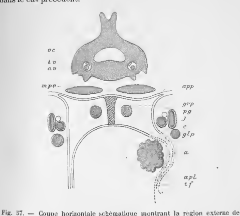


Fig. 57. — Coupe horizontale schématique montrant la région externe de l'amygdale gauche (*a*) dans les cas d'abcès débutant par cette partie de la loge amygdalienne (côté droit de la figure).

La tunique fibreuse du fond de la loge *tf* pointillée vient se confondre avec l'aponévrose latérale *apl* tandis que le paquet vasculo-nerveux est refoulé en dehors et en arrière. Si les parois latérales se rompent, la collection purulente forme alors le phlegmon latéro-pharyngien. Si elle résisite, le pus se fait jour dans la bouche autour de l'amygdale. Les choses se passent ainsi dans la plupart des cas (E. J. Moure).

C. L'abcès péri-amygdalien externe siège lui aussi en dedans de l'aponévrose latérale du pharynx qu'il refoule, et le pus, du moins au début, est en dedans, mais la portion latéro-pharyngienne est saillante et tuméfiée au dehors.

On comprend aisément d'après les schémas qui précèdent que la rupture de l'aponévrose latérale trop tendue et infectée peut transformer un abcès rétro-pharyngien simple en péri-amygda-

lien externe, ou en phlegmon diffus et profond du cou, ou abcès latéro-pharyngien d'abord.

Ainsi s'expliquent aussi dans ces cas, les graves lésions vasculaires de cette région et les complications redoutables qui en résultent, soit spontanément, soit au moment où l'on ouvre ces collections purulentes.

Traitement. — Au début, on cherchera à obtenir la résolution à l'aide d'inhalations chaudes, de compresses appliquées sur la partie antérieure du cou. Un purgatif léger, le traitement d'un coryza ou d'une otite purulente, s'il en existe, tels seront autant de moyens abortifs qu'il faudra essayer. Mais, une fois le diagnostic d'abcès établi, le seul traitement applicable est l'incision. Autant que possible, on n'attendra pas que la collection purulente soit considérable pour lui donner issue. Dès que l'on sera certain de l'existence de pus dans la paroi pharyngienne, on devra l'ouvrir.

Si on ne peut mieux faire, on emploiera à cet effet un bistouri dont la pointe sera seule découverte, le reste de la lame étant entouré d'une bandelette de diachylon ou d'une feuille de papier à cigarette (Broca). Pour arriver à ce but la bouche du malade, enfant ou adulte, étant maintenue à l'aide de l'ouvre-bouche, la langue laissée dans la cavité buccale sera maintenue derrière l'arcade dentaire avec l'abaisse-langue ; on incisera le point le plus saillant de la portion médiane, ou latérale, suivant le cas, et autant que possible dans un point déclive. Au besoin, quelques bouffées de bromure d'éthyle ou de sœmnoforme chez les enfants indociles, pourraient faciliter l'intervention. Il est souvent nécessaire le soir ou le lendemain de l'opération, de faciliter l'écoulement du pus en écartant les lèvres de l'incision avec la sonde cannelée.

Chez l'adulte, la cocaïnisation de la surface à inciser avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/10ᵉ, adrénalisée, sera suffisante pour produire une anesthésie complète.

Comme pour les abcès amygdaliens, je donne la préférence, si on a la facilité de le faire, à l'incision galvanique qui permet

d'ouvrir largement la région infectée et surtout de laisser une porte ouverte assez longtemps pour que le pus puisse s'écouler au dehors. On évite ainsi les réinfections, et par conséquent, l'apparition d'une nouvelle collection purulente.

Il n'est pas rare, au moment de l'ouverture de l'abcès, d'observer chez les malades, déjà fatigués et mal nourris, un état syncopal des plus graves. La mort même a suivi cette intervention (Compaired). Il est, du reste, extraordinaire de voir la quantité de pus qui se trouve accumulée dans un pharynx qui semblait très légèrement bombé en avant. Il m'est arrivé, chez des adultes, d'en retirer plus d'un demi-verre d'un abcès qui paraissait à peine en contenir une cuiller à café. Ce qui explique assez aisément, je crois, les phénomènes syncopaux qui accompagnent souvent l'évacuation rapide d'une pareille cavité. Pour ce motif, il est parfois utile, si la chose est possible, de ponctionner d'abord, avec un trocart et de laisser le pus s'écouler lentement. On évite ainsi son irruption dans les voies aériennes et la suffocation qui en résulte, en particulier chez certains jeunes enfants.

Les lavages antiseptiques de la bouche et de la paroi pharyngienne (eau oxygénée mitigée d'eau bouillie, eau de Vichy, eau boratée bouillie) seront minutieusement faits par le médecin, jusqu'à complète guérison du malade.

Si l'abcès pharyngien est compliqué d'inflammation du tissu cellulaire du cou et de gonflement extérieur en un mot d'un véritable abcès latéro-pharyngien, il est préférable d'aller à la recherche de la collection purulente par la voie externe, ainsi que l'ont préconisée Saint-Germain, Watson-Cheyne, Burckhardt, etc., et plus récemment Broca.

Il est certain que par cette méthode, on peut drainer très convenablement un foyer de suppuration difficile ou même impossible à ouvrir convenablement par la bouche. Suivant les cas on choisira le bord antérieur ou postérieur du sterno-mastoïdien. Cette dernière voie me paraît être en général la plus sûre et la plus rapide. L'incision sera méthodiquement faite, couche par couche, sur un champ opératoire bien éclairé, et avec la sonde

cannelée qui jouera un rôle prépondérant pour cette intervention parfois délicate.

Bien entendu on emploiera l'anesthésie générale avec les précautions d'une opération chirurgicale ordinaire.

Un drain sera ensuite placé et maintenu dans la plaie, jusqu'à guérison complète du trajet fistuleux du fond à la périphérie.

PHARYNGITE CHRONIQUE

Angine granuleuse (Chomel, Guénau de Mussy, Green), *pharyngite granuleuse hypertrophique* (Ruault).

Il faut reconnaître que depuis ces dernières années, la pharyngite granuleuse a perdu beaucoup de sa valeur, grâce à la connaissance plus approfondie que nous avons des maladies des fosses nasales, du cavum naso-pharyngien, et même des lésions inflammatoires de l'arrière-gorge. En général, ces granulations saillantes, ovalaires, ressemblant à la moitié d'un pois qui adhèrent à la paroi postérieure du pharynx, sont le plus souvent, le symptôme obligé d'une inflammation chronique de l'arrière-gorge, plûtôt que la cause des différents symptômes dont se plaignent les malades qui en sont porteurs. En effet, toute inflammation primitive ou secondaire de la paroi pharyngienne se manifeste par une turgescence des éléments qui composent la muqueuse de cette région. Les follicules clos, particulièrement nombreux pendant l'enfance, l'adolescence, et même l'âge adulte n'échapperont pas à cette poussée inflammatoire, et deviendront, par ce fait, le siège de rougeur et de tuméfaction, plus ou moins prononcées. Toutefois, il faut bien reconnaître qu'il est des cas où l'apparition fréquente de poussées aiguës finira par déterminer l'hypertrophie chronique du tissu adénoïde pharyngien, son inflammation et une série de troubles fonctionnels bien définis.

Étiologie. — Très fréquente chez l'enfant, les granulations du pharynx peuvent être considérées chez lui comme la portion terminale de l'amygdale de Luschka. Elles ne méritent pas ici d'être

décrites comme une maladie spéciale ; c'est le symptôme obligé d'une lésion plus importante. La véritable pharyngite granuleuse est surtout fréquente chez l'adolescent et chez l'adulte ; on l'observe particulièrement chez les malades faisant un usage exagéré de la voix, et généralement chez tous ceux que leur profession ou leurs coutumes (abus du tabac, aspiration de vapeurs et poussières irritantes, etc.), exposent à des causes fréquentes d'irritation de l'arrière-gorge.

Symptômes. — Chez l'enfant, l'hypertrophie des follicules clos de l'arrière-gorge, coïncide presque toujours avec un gonflement passager ou chronique de la tonsille pharyngienne.

Nous ne décrirons pas non plus les symptômes occasionnés par les inflammations chroniques des fosses nasales, des cavités accessoires du nez, du naso-pharynx, ou même de l'arrière-gorge, occasionnant l'apparition de ces hypertrophies inflammatoires du tissu lymphoïde qui tapisse le naso-pharynx. C'est seulement chez certains adultes, alors que les follicules hypertrophiés occupent des points de la muqueuse exposée à des frottements répétés, tels que les parois latérales du pharynx au niveau des piliers postérieurs, que l'on observe une série des symptômes qui relèvent très directement de cette folliculite chronique. Ce sont alors des sentiments de gêne à l'arrière-gorge, des picotements, des brûlures occasionnant le besoin de hemmer ou de racler l'arrière-gorge, plus particulièrement le matin, au réveil.

Quant aux sensations de constriction, brûlure, corps étranger, ils me paraissent être plutôt sous la dépendance d'un état général (neurasthénie ou autres troubles nerveux) que le résultat de l'inflammation chronique des follicules clos du pharynx.

Les symptômes fonctionnels ne s'observent guère qu'au moment des poussées aiguës ou subaiguës que subit le tissu adénoïde enflammé. Ils varient alors suivant le degré et la nature de l'inflammation. Dans quelques cas, il existe des douleurs se propageant jusqu'à l'oreille, si le bourrelet pharyngien est irrité jusqu'au niveau des orifices tubaires.

Les troubles locaux sont surtout plus prononcés dans le cas

d'hypertrophie chronique de l'amygdale linguale, à cause du frottement de cette dernière avec l'épiglotte (face linguale), ou bien, lorsque l'hypertrophie des follicules clos occupe l'angle dièdre formé par la base de la langue et la naissance du pilier antérieur. Les congestions faciles du larynx, et les enrouements passagers qui en découlent, complètent la symptomatologie de la pharyngite chronique, dite granuleuse.

Au point de vue objectif, on peut rencontrer deux formes. Dans la première, dite *exsudative* (Morell-Mackensie), la muqueuse est plutôt lisse, unie, mais d'une coloration rougeâtre et tuméfiée par places ; les vaisseaux sont dilatés et sinueux ; la paroi pharyngienne se recouvre d'un mucus grisâtre très adhérent, analogue à celui que l'on rencontre à la période terminale de la pharyngite aiguë. On retrouve habituellement ces même sécrétions dans le naso-pharynx, car cet état est presque toujours accompagné d'une adénoïdite chronique, cause d'un catarrhe naso-pharyngien rebelle ou d'angine chronique diffuse.

Dans la deuxième forme, au contraire, on aperçoit sur la paroi postérieure du pharynx une série de granulations rougeâtres plus ou moins confluentes, ayant la forme de la moitié d'un pois, accolé à la muqueuse, ou même, dans les formes chroniques, se présentant sous l'aspect de bourrelets saillants, à surface irrégulière, situés en général derrière les piliers postérieurs, et justifiant très bien la dénomination de faux piliers qui leur a été appliquée. Cette prédominance des granulations pharyngées sur les parties latérales lui a, du reste, valu la dénomination de pharyngite latérale que lui avaient donnée Moritz-Schmidt et Heryng, il y a déjà bien des années.

Chaque saillie granuleuse est entourée d'un petit réseau vasculaire très net, qui en dessine et en délimite nettement le contour. Cet état des vaisseaux est particulièrement facile à constater, lorsque les granulations sont isolées. Les glandes de la muqueuse elles-mêmes sont assez souvent enflammées et recouvertes de sécrétion blanchâtre et visqueuse, qu'il est nécessaire d'enlever pour se rendre compte de l'aspect de la paroi pharyngienne.

Diagnostic. — Le diagnostic est généralement facile à faire ; toutefois, il faut bien se garder de confondre l'hypertrophie secondaire des follicules clos de l'arrière-gorge avec les cas, assez rares aujourd'hui, dans lesquels cette inflammation chronique constitue une véritable entité morbide. C'est donc par un examen attentif des fosses nasales, de l'arrière-nez, souvent même des cavités accessoires, de la gorge et de la base de la langue, que l'on pourra exclure toute lésion concomitante susceptible d'entraîner à sa suite la folliculite chronique hypertrophique du pharynx. Il faudra bien se garder d'attribuer aux granulations pharyngées toute la série des troubles nerveux, inévitables à un état neurasthénique plus ou moins prononcé. A ce titre, il conviendra de se rappeler que très souvent les troubles paresthésiques de l'arrière-gorge, sont accompagnés, ainsi que nous le dirons plus loin, soit d'anesthésie, soit, au contraire, d'une hyperesthésie excessive de la muqueuse. Ces différents troubles nerveux se calment au moment de la déglutition des aliments, tandis que les troubles inflammatoires réels, dus à l'inflammation de la muqueuse, sont exagérés par ce même acte physiologique.

Pronostic. — Le pronostic ne peut être grave que s'il existe des complications laryngées ou auriculaires.

Anatomie pathologique. — J'insisterai peu sur les lésions histologiques de la muqueuse pharyngée dans les cas de folliculite chronique, et je me bornerai simplement à rappeler que les altérations existent surtout au niveau du tissu lymphoïde, des glandes mucipares et de la trame conjonctive de la muqueuse.

Cette forme de pharyngite hypertrophique guérit habituellement avec l'âge par la régression toute naturelle du tissu adénoïde pharyngien.

Traitement. — Il est bien entendu que le traitement devra s'adresser d'abord à la cause première qui a pu produire la lésion ; ce sera donc souvent du côté des fosses nasales, de l'arrière-gorge ou de la base de la langue qu'il conviendra d'appliquer la médication appropriée. Toutefois, si l'on suppose que la follicu-

lite chronique du pharynx mérite un traitement spécial, je crois que le moyen le plus simple est encore, soit le raclage des granulations pharyngées, après anesthésie cocaïnique de la muqueuse, raclage qui sera fait avec une curette, telle que celle destinée aux végétations adénoïdes, mais d'un volume un peu moindre; soit, si ce moyen un peu sanglant répugne au malade ou à l'opérateur, le brossage des granulations avec une solution aqueuse iodo-iodurée à 1/5, telle que le recommande, avec raison, le Dr Ruault. Il conviendra ensuite, de faire rincer la bouche du malade avec une solution alcaline.

Dans d'autres cas, on pourra simplement employer l'ignipuncture galvanique, de manière à remplacer par un tissu cicatriciel, les saillies granuleuses enflammées. Toutefois, on ne devra pas faire de cautérisations trop profondes, de manière à ne pas produire de cicatrices adhérentes qui gêneraient les malades plus que les granulations elles-mêmes; car on devra toujours avoir présent à l'esprit que ce ne sont pas les granulations qui incommodent les malades, mais plutôt les inflammations répétées dont elles sont le siège. Le traitement général aura parfois une efficacité réelle. C'est ainsi qu'un séjour dans une station sulfureuse, alcaline ou arsenicale, suivant les cas, pourra être utile au malade. En résumé, il ne faut pas traiter les granulations pharyngées parce qu'on les voit, mais seulement si ces dernières gênent les malades, leur causent de la douleur ou de la gêne.

Dans les formes bénignes, l'emploi de quelques bains de gorge, alcalins (gargarismes, borax, bromure, avec ou sans cocaïne), suffira pour amener une amélioration passagère ou définitive, suivant les cas. Habituellement, les malades se trouvent bien de la formule suivante,

Solution avec :

Iode métal.	25 centigrammes
Iodure de potassium	30 »
Laudanum de Sydenham	3 grammes
Teinture de gaïac	5 »
Glycérine pure.	120 »

Une cuillerée à café par demi-verre d'eau tiède, pour se gar-

gariser une ou deux fois par jour, et pur en un badigeonnage, de temps à autre, une ou deux fois par semaine environ, au fond de la gorge.

CORPS ÉTRANGERS DE L'ARRIÈRE-GORGE

Définition. — On désigne sous le nom de corps étrangers de l'arrière-gorge, tout objet ayant été introduit accidentellement dans la région du pharynx, et étant susceptible de s'y arrêter d'une manière définitive.

Étiologie. Pathogénie. — Pour qu'un corps étranger puisse s'arrêter dans le pharynx, il faut ou qu'il ait un volume assez considérable ou qu'il présente des aspérités lui permettant de se fixer aux parois de cette région. Toutefois, on comprend que certains corps étrangers venus de l'extérieur puissent s'enclaver dans le pharynx (balle de revolver, etc.).

L'insensibilité de la muqueuse ou la paralysie des muscles constricteurs peut encore favoriser l'arrêt d'objets plus ou moins volumineux dans l'arrière-gorge, c'est ainsi que chez les paralytiques généraux et chez quelques malades atteints de sclérose en plaques, ces deux conditions se trouveront parfois réalisées. L'anesthésie semble être toutefois un facteur étiologique peu important, puisque ces accidents sont rares chez les hystériques et chez les malades ayant une diminution très notable de la sensibilité de cette région.

Le mode d'introduction se fait soit au moment de la déglutition des aliments, d'une manière inconsciente, soit par fanfaronnade, à propos d'un pari, soit involontairement, pendant l'action d'avaler un corps maintenu dans la bouche. On a signalé aussi la présence d'animaux vivants, des sangsues, par exemple ou des larves, pouvant s'accrocher aux parois du pharynx, au moment de l'ingestion de certains liquides.

Symptômes. — Les principaux corps étrangers sont des bols alimentaires volumineux, des fragments d'os, des noyaux de

fruits, des arêtes, des pièces de monnaie, des épingles, des aiguilles, des fragments de tuyaux de pipe, des morceaux de verre, des bijoux, des dentiers, des jouets, habituellement, ces différents objets se logent à la partie inférieure du pharynx, tout à fait à l'entrée de l'œsophage, toutefois, ceux qui sont acérés ou pointus, peuvent s'implanter dans un point quelconque de la paroi.

Les symptômes varient d'après la forme, la nature et le siège des corps étrangers arrêtés dans l'arrière-gorge. C'est tantôt un accès de suffocation grave, et même mortel, si l'objet introduit est volumineux, tantôt une sensation de douleur très vive s'accentuant au moindre mouvement du cou, ou de déglutition, tantôt enfin, un besoin d'expuition, ou même un état nauséeux, dû à l'accumulation des sécrétions, car le malade ne peut ni avaler, ni cracher.

La dysphagie, parfois considérable, peut être nulle. De même, la respiration, peut être normale, ou très altérée, suivant les cas.

Le meilleur moyen de reconnaître l'existence d'un corps étranger est évidemment l'inspection de la région, soit avec l'abaisse-langue, soit avec le miroir laryngoscopique. Le toucher digital, pratiqué avec douceur, peut également être un excellent moyen pour reconnaître la forme ou le mode d'implantation de certains objets; toutefois, dans la plupart des cas, le regard suffit, si l'inspection est faite avec soin.

La radioscopie pourrait, le cas échéant, fournir quelques renseignements précieux, en particulier dans les corps étrangers métalliques, enfoncés sous la muqueuse.

Diagnostic. — Le diagnostic est habituellement facile sauf chez les aliénés et les tout jeunes enfants. Il faut, surtout chez les adultes, se rappeler que toute une catégorie de malades nerveux viennent se plaindre de sensations de corps étrangers, tels que noyaux, épingles, arêtes, etc., alors qu'ils ont simplement, des troubles paresthésiques. Dans ce cas, la mobilité du soi-disant corps étranger qui se trouve, tantôt à droite, tantôt à gauche, en haut ou en bas, et surtout, la disparition des symp-

tômes de gêne, au moment de la déglutition des aliments, sont des signes d'une haute valeur dont on doit tenir compte pour établir son diagnostic.

Il faut savoir aussi qu'une simple éraillure de la muqueuse peut simuler la présence d'un corps étranger. Dans ce cas, l'existence d'une plaie en un point quelconque de la paroi pharyngienne permettra bien vite de reconnaître l'origine des troubles fonctionnels dont se plaindra le malade.

Complications. — Les complications varient avec la nature de l'objet et son volume, c'est ainsi que certaines déchirures de la muqueuse peuvent occasionner de l'emphysème ou de l'œdème aigu du vestibule du larynx. On a même observé des perforations ulcératives des gros vaisseaux du cou et des abcès rétro-pharyngiens avec carie des cartilages.

Ces troubles sont très variables, et heureusement rares.

Pronostic. — Il dépendra, évidemment, du siège du corps étranger, des complications qui en auront été la conséquence et de la plus ou moins grande facilité qu'on aura eue à l'enlever.

Traitement. — Le seul traitement applicable est l'extirpation ; s'il existe des complications inflammatoires du côté du larynx, mettant en danger la vie du malade, par suffocation, la trachéotomie préalable pourra s'imposer. Une fois le corps étranger reconnu, suivant sa nature, son siège, sa forme et son point d'implantation, on l'enlèvera par les voies naturelles ou par la pharyngotomie externe. Quelquefois, on sera même autorisé à le repousser dans l'œsophage, et de là, jusque dans l'estomac. Cette manière de faire ne s'appliquera, toutefois, qu'aux objets n'offrant aucune aspérité susceptible de les faire s'accrocher en route et déchirer au passage la muqueuse œsophagienne.

On se rappellera, enfin, que chez la plupart des malades, l'extraction du corps étranger ne suffit pas toujours pour les guérir des symptômes éprouvés. Souvent, on voit persister pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines une sensation subjective

qui peut faire croire à la présence de l'objet enlevé. Ordinairement un traitement local, et parfois même un traitement général, tonique et antinerveux, feront disparaître ces différents troubles.

PHARYNGITE TUBERCULEUSE

Il peut se faire que la tuberculose de l'arrière-gorge débute par la paroi pharyngienne. Elle revêt alors le type classique que nous avons déjà décrit en traitant des angines bacillaires. C'est habituellement la forme miliaire aiguë que l'on rencontre sur cette région, le lupus isolé du pharynx étant presque une véritable rareté. Du reste on peut considérer comme assez exceptionnel de voir la lésion se cantonner simplement à la paroi pharyngienne, sans envahir soit le larynx, soit la région aryténoïdienne, soit les amygdales et le voile du palais, par l'intermédiaire des piliers postérieurs.

Les symptômes principaux sont une dysphagie toujours assez considérable, une décoloration profonde de l'arrière-gorge et l'existence de signes d'infection générale qui mettent sur la voie du diagnostic.

Le traitement est celui de l'angine tuberculeuse ordinaire (voir p. 103), nous n'y reviendrons pas ici.

SYPHILIS DU PHARYNX

La syphilis secondaire est rare sur la paroi pharyngienne proprement dite, dans tous les cas, lorsqu'elle existe, elle n'est jamais isolée et coïncide avec une angine érythémateuse et même des plaques muqueuses occupant les piliers, les amygdales, parfois même la luette, la langue ou les lèvres.

La plaque pharyngienne revêt presque toujours la forme érosive, de telle sorte que la paroi sur laquelle elle repose est un peu rouge et boursouflée. La lésion, quoique faisant saillie audessus du pharynx sous la forme d'une élevure grisâtre, n'a pas ce liséré rouge carminé qui la distingue si nettement dans le

reste de l'arrière-gorge. Il semble qu'on a fait avec l'ongle ou un corps étranger acéré une écorchure, qui se recouvre ensuite d'une pellicule grisâtre, comme font les plaies de cette région.

Les symptômes fonctionnels n'offrent rien de particulier; ils sont tout aussi bien la conséquence de l'angine concomitante que de la lésion pharyngée. Cependant, dans les formes un peu diffuses on pourrait observer de la dysphagie et une sorte de ténesme pharyngien.

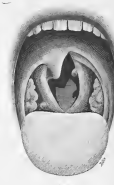


Fig. 58.

Les lésions tertiaires du pharynx, beaucoup plus fréquentes, consistent surtout en une infiltration gommeuse siégeant sur la partie latérale, parfois même sur la portion moyenne de cette paroi. On y trouve là les vastes ulcères cratériformes, taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, s'étendant jusque dans le naso-pharynx et produisant les énormes délabrements sur lesquels nous avons déjà insisté à propos de l'angine syphilitique tertiaire, à laquelle nous ne pouvons que renvoyer le lecteur (voir p. 109).

TUMEURS DU PHARYNX

Les tumeurs de l'arrière-gorge et du pharynx peuvent être divisées en tumeurs bénignes ou malignes.

A. — Tumeurs bénignes

Variétés. — D'une façon générale, on peut dire que les tumeurs bénignes du pharynx sont relativement rares, on a

cité des lipomes, des fibromes, des myxomes, des papillomes, des kystes dermoïdes, des enchondromes, des ostéomes, des angiomes, et même des anévrysmes. Je ne parlerai pas des infiltrations gommeuses qui ne sauraient être considérées comme de véritables tumeurs. Les détails histologiques de ces néoplasies, sont ceux qui les caractérisent sur les divers points de l'organisme.

Leur siège peut être extrêmement variable; c'est ainsi que les néoplasmes prendront naissance sur la paroi postérieure du pharynx buccal, ou sur les faces latérales immédiatement en arrière et au-dessous de la loge amygdalienne. On les rencontre également au niveau du pharynx inférieur vers la région aryténoïdienne.

Suivant leur nature, les tumeurs sont sessiles ou pédiculées.

Symptômes. — On comprend combien doivent être variables les symptômes causés par ces sortes de productions morbides. Au début, alors que leur volume est petit, elles peuvent passer complètement inaperçues tout au plus, lorsqu'elles sont pédiculées, occasionnent-elles de temps à autre des sensations de corps étranger, quelques troubles de la déglutition et une sorte de chatouillement excitant la toux, ou même le vomissement; mais il n'existe aucune douleur, ni aucun trouble fonctionnel important.

A mesure que la tumeur augmente de volume, les symptômes peuvent s'accentuer, et suivant le siège, la forme et la nature du néoplasme, on voit survenir de la gêne de la déglutition et de la respiration, voire même des altérations de la voix et des nausées. Ces symptômes s'observent surtout lorsque la tumeur est mobile, et par ce fait rentre dans l'intérieur des voies aériennes ou même de l'œsophage. Si le pédicule est long, elle peut pénétrer dans ce conduit, et rendre la déglutition plus ou moins difficile, ou bien, encore, remonter dans la bouche pendant des efforts de vomissements et apparaître pendant l'inspection de l'arrière-gorge.

Le résultat de l'examen direct varie beaucoup avec la nature de la dégénérescence pathologique.

1° *Le lipome* se présente habituellement sous la forme d'une tumeur rougeâtre, au-dessus de laquelle la muqueuse a conservé sa couleur normale; il est sessile, par conséquent peu mobile, unilobé, sa consistance est assez dure;

2° *Le fibrome* ressemble beaucoup, comme aspect et comme consistance, à la tumeur précédente, ce n'est souvent qu'après son ablation et par l'examen histologique que l'on peut arriver à établir le diagnostic; toutefois, il existe des cas de fibromes pédiculés;

3° *L'enchondrome et l'ostéome*, rares du reste, et en général, bosselées, de surface irrégulière, quoique lisse, se reconnaissent surtout à leur consistance et à leur forme. Ils ressemblent, en effet, à un simple soulèvement de la muqueuse adhérant d'une façon très intime aux tissus sous-jacents avec lesquels ils semblent faire corps;

4° *Les papillomes*, en général pédiculés, offrent un aspect muriforme, framboisé, rosé à leur surface; ils sont très mobiles et occasionnent une série de troubles intermittents, suivant leur volume et la longueur du pédicule;

5° *Les angiomes* ont une coloration vineuse ou rouge foncé, ils sont pâteux, bosselés, mollasses, parfois rénitents et réductibles, sans être animés de battements, comme le sont les anévrysmes, dont on a signalé quelques exemples sur les parois latérales du pharynx, le long du trajet de l'artère pharyngienne. Les battements, au niveau des tumeurs anévrysmales sont quelquefois visibles à l'examen avec l'abaisse-langue. Habituellement, ils disparaissent et s'effacent momentanément sous la pression lente et régulière.

Le toucher digital et le laryngoscope seront de puissants auxiliaires pour établir le diagnostic différentiel entre les diverses tumeurs. Ils permettront de reconnaître leur présence, leur consistance, leur forme et leur aspect extérieur. Dans quelques cas le stylet nous donnera également quelques indications utiles.

COMPLICATIONS. — Les complications des tumeurs bénignes du pharynx sont habituellement peu importantes ; toutefois, certains néoplasmes mobiles peuvent venir faire irruption brusquement dans le larynx et déterminer une asphyxie immédiate, ou tout au moins occasionner des quintes de toux violentes et même des crises de suffocation très graves.

Dans d'autres cas, le néoplasme est susceptible d'immobiliser l'épiglotte ou d'empêcher cet opercule de remplir convenablement son rôle protecteur, ce qui facilite l'introduction des aliments ou de corps étrangers dans le larynx.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISON. — La marche des tumeurs bénignes est presque toujours lente ; elles passent, souvent, inaperçues pendant de longues années ; c'est seulement lorsqu'elles ont acquis un volume assez considérable pour devenir gênantes qu'elles attirent l'attention du malade. La plupart du temps, elles sont découvertes par hasard ; à l'occasion d'une inflammation aiguë de la gorge, ou d'un examen de cette région fait pour tout autre motif.

La marche est ordinairement graduelle et progressive. Le pronostic bénin, dépend cependant de la forme et de la nature du néoplasme. Il est bon de savoir que certaines tumeurs bénignes peuvent se transformer en dégénérescences malignes.

DIAGNOSTIC. — Le premier diagnostic sera d'établir leur existence. Il faut tout d'abord se garder de confondre la saillie des corps vertébraux assez considérable dans quelques cas avec une tumeur. Pour éviter cette erreur grossière en apparence mais assez fréquente, il faut se placer bien en face du malade et mettre la tête de ce dernier bien droite et dans l'axe du corps. De même une gomme à la période d'infiltration, un abcès rétro-pharyngien chronique pourraient, à un œil peu exercé, en imposer pour un néoplasme ; mais l'évolution de la lésion syphilitique dans le premier cas, la présence de la fluctuation dans le second, permettraient rapidement de reconnaître la nature exacte de la lésion.

Quant au diagnostic différentiel entre les diverses sortes de néoplasies, il ne sera pas toujours facile à faire *de visu;* c'est seulement après leur ablation que le microscope indiquera leur constitution exacte. Le diagnostic important sera de reconnaître les tumeurs vasculaires, anévrysmales ou autres.

Traitement. — Le seul traitement rationnel est l'extirpation qui, sauf exception, devra se faire par les voies naturelles.

Suivant les cas, le néoplasme sera enlevé à l'anse froide ou galvanique, à l'écraseur, à la pince coupante, au galvano, au thermo-cautère, ou même parfois, avec le doigt. Il pourra être nécessaire de recourir à la trachéotomie préliminaire, si la tumeur a un volume tel, que la respiration se trouve gênée d'une façon constante, et que l'on ait à craindre l'asphyxie au cours de l'intervention.

Quant à la pharyngotomie par la voie externe, elle sera appliquée dans les cas très rares, où l'extirpation par les voies naturelles n'aura pas été possible. Nous n'avons pas, à examiner ici les différentes hypothèses qui peuvent se présenter dans la pratique.

Les angiomes et les anévrysmes seront en général respectés, toutefois, s'ils devenaient assez volumineux pour mettre la vie du malade en danger, il faudrait se résoudre à faire la ligature du vaisseau dilaté, entre l'anévrysme et le cœur. Ces faits-là, sont heureusement très rares.

B. — Tumeurs malignes

Les tumeurs malignes du pharynx buccal sont primitives ou secondaires, par propagation directe; ces dernières sont de beaucoup les plus fréquentes; elles sont la conséquence du cancer du larynx, de la base de la langue, de l'amygdale ou de l'œsophage. Je ne m'occuperai, dans ce chapitre, que de la première forme.

Anatomie pathologique. — Les tumeurs primitives du pharynx comprennent les épithéliomas et les sarcomes avec leurs variétés.

L'épithélioma est habituellement pavimenteux lobulé, ce qui ne saurait nous surprendre, étant donnée la nature de l'épithélium qui recouvre la paroi pharyngienne. Toutes les variétés de sarcomes peuvent être rencontrées dans le pharynx, mais la variété fasciculée paraît être la plus fréquente. Les tumeurs malignes de cette région se développent de préférence dans le voisinage du larynx, c'est-à-dire dans le pharynx inférieur ou sur les parois latérales, qui paraissent être plus exposées que les autres régions. Cependant, la dégénérescence maligne peut occuper la partie médiane.

Symptômes. — La symptomatologie des tumeurs malignes ressemble, au début, à celle des néoplasies bénignes.

Pendant assez longtemps, les symptômes fonctionnels sont presque nuls, ou, dans tous les cas, assez peu marqués pour passer inaperçus. Lorsque la tumeur commence à acquérir un certain volume, on observe des troubles de la déglutition, de la toux, ou plutôt un besoin de racler la gorge, et parfois même des nausées, et de véritables vomissements. Les hémorragies, ou tout au moins l'expulsion, au milieu des crachats, de filets sanguins, ou de mucosités sanguinolentes est un phénomène fréquent et assez constant à la période ulcéreuse de la maladie. Ce symptôme est l'indice du peu de résistance des parois vasculaires de la dégénérescence maligne.

De très bonne heure, apparaissent des douleurs spontanées, à forme névralgique, se propageant vers la nuque (douleur en casque), l'oreille (otalgie), ou l'angle de la mâchoire.

A mesure que le néoplasme fait des progrès, on voit survenir des troubles dysphagiques et de la gêne de la respiration, lorsque la muqueuse postérieure du larynx est infiltrée par voisinage. A cette période, la voix est souvent altérée dans son timbre.

Lorsqu'apparaît l'ulcération, parfois assez précoce, les troubles locaux prennent une intensité plus considérable, la dysphagie devient intense, la salivation est abondante, filante, ichoreuse, et souvent sanieuse; l'haleine prend une odeur fétide repoussante, les dents et les gencives se recouvrent d'enduit pultacé, épais et

grisâtre. Alors, surviennent les adénopathies caractéristiques occupant habituellement la région parotidienne, ou tout au moins l'angle de la mâchoire. Le cou raidi se meut avec une certaine difficulté, l'état général s'altère, le malade maigrit et prend ce facies caractéristique des sujets porteurs de tumeurs malignes de la bouche ou de l'arrière-gorge.

A l'examen, dès le début, on peut voir, surtout dans l'épthélioma, une surface bourgeonnante, rouge, sessile, dont les bords se confondent avec les tissus voisins. Au toucher, la tumeur est bosselée, renitente, douloureuse et saignant très facilement. Plus tard, lorsque survient la phase d'ulcération, le centre de la tumeur s'excave et se couvre d'un enduit grisâtre, suppurant, alors que le fond et les bords bourgeonnent formant, à la surface du pharynx, un véritable champignon à surface inégale, un peu resserré à sa base, les bords sont rouges, irréguliers et sanieux. Ils sont adhérents et entourés de muqueuse tuméfiée et infiltrée formant autour du néoplasme une sorte de collerette, très facile à délimiter à l'œil et au toucher.

Le sarcome se présente assez souvent sous la forme d'une tumeur irrégulière, d'aspect rougeâtre, bourgeonnante ; je l'ai vu, dans quelques cas, être assez pédiculée pour venir faire saillie dans la bouche, au moment des efforts d'expulsion provoqués par l'examen de l'arrière-gorge. Sa consistance est molasse, plutôt que dure ; les parties voisines sont peu ou pas infiltrées. Lorsqu'il se produit une ulcération, elle existe au milieu des bourgeons, mais ses bords ne sont point saillants, décollés, comme dans l'ulcère syphilitique.

Complications. — Les complications du cancer du pharynx sont les œdèmes du voisinage (du côté du larynx) et les accès de suffocation ou d'asphyxie qui en sont la conséquence. Il faut noter aussi les troubles de la déglutition allant jusqu'à empêcher l'alimentation du malade, et les hémorragies assez graves, soit par leur abondance, soit par leur répétition, pour emporter le sujet porteur de ces sortes de dégénérescences.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche des tumeurs malignes de la paroi pharyngée est généralement rapide. Après être restées stationnaires pendant plusieurs mois, on les voit, presque tout à coup, évoluer assez vite, envahir les parties voisines, immobiliser le pharynx, obstruer l'œsophage et altérer alors rapidement la santé générale, en produisant la cachexie caractéristique. Cette dernière est due, non seulement à la nature du néoplasme, mais encore aux souffrances intolérables éprouvées par le malade, dont le sommeil est constamment troublé et souvent impossible. Elle résulte aussi de la pénétration de parcelles septiques dans l'intérieur de l'organisme et des troubles importants apportés à la déglutition.

Pronostic. — Le pronostic, cela va sans dire, est des plus graves, puisque la mort est la terminaison habituelle, on peut même dire obligatoire de la maladie.

Diagnostic. — Le diagnostic sera surtout basé au début sur l'âge des malades, la présence de douleurs spontanées, l'expectoration sanglante ou sanguinolente, l'adénopathie, la marche de l'affection.

On ne pourrait guère confondre les tumeurs malignes de la paroi pharyngienne qu'avec une gomme syphilitique, mais l'apparition d'une ulcération profonde, à bords anfractueux, déchiquetés, irréguliers, et nettement taillés à pic, mettraient bientôt sur la voie du diagnostic. Dans tous les cas, s'il existait la moindre hésitation, le traitement spécifique lèverait rapidement tous les doutes. Toutefois, il ne faudra pas prolonger la médication antisyphilitique au delà de huit à dix jours: en ce laps de temps, en effet, on peut être fixé sur la nature Fracastorienne ou non d'une infiltration ou d'une ulcération de l'arrière-gorge.

Seuls, les cas hybrides offriront, comme il faut s'y attendre, quelques difficultés diagnostiques. En effet, le traitement mixte (biioduré de préférence) agira dès les premiers jours contre l'élément syphilitique, faisant croire ainsi à sa nature purement vénérienne. Il faudra, dans ces cas, tenir le plus grand compte des

troubles fonctionnels éprouvés par le malade. L'existence de douleurs spontanées et d'expectoration sanglante, même sous la forme de filets sanguins plaideront en faveur de l'hypothèse néoplasique. La présence de masses mono-ganglionnaires dures, adhérentes profondément, bosselées, souvent douloureuses au toucher, seront encore en faveur de la dégénérescence épithéliale. Enfin, pour connaître la nature intime du néoplasme il suffira d'en enlever un fragment et d'en pratiquer l'examen histologique.

Traitement. — Lorsqu'on est en présence d'une tumeur épithéliomateuse de la paroi pharyngienne, on peut considérer presque dès le début le traitement comme tout à fait illusoire, car le plus souvent il est difficile pour ne pas dire impossible d'aller enlever non seulement la muqueuse dégénérée, mais les parties saines adjacentes, ainsi qu'il conviendrait de le faire dans les cas de ce genre. L'opération radicale, ganglions compris, est à peu près impossible même au prix de larges délabrements. Les suites opératoires sont, en général, très graves et la repullulation de la tumeur à peu près la règle si l'opération a réussi.

Au contraire, dans certains cas de sarcomes pédiculés, on peut et on doit, dès que le diagnostic est établi, enlever la tumeur par les voies naturelles, en faisant usage des différents moyens dont nous disposons pour agir sur ces régions. Dans ces cas, il sera parfois utile de pratiquer une trachéotomie préventive qui permettra de faire une opération plus radicale et partant plus utile. Quel que soit le moyen d'exérèse mis en usage, on devra toujours cautériser les surfaces d'implantation au thermo ou au galvanocautère, suivant le siège de la tumeur, afin de mettre, dans les limites du possible, le malade à l'abri de récidives, ce qui est possible quelquefois.

Suivant la forme et le siège des néoplasmes que l'on aura à enlever, on sera en droit de pratiquer la pharyngotomie latérale, avec ou sans résection temporaire du maxillaire inférieur. Toutefois, il ne faut pas oublier que l'intervention, pour être utile, doit être hâtive, car les chances de succès diminuent

lorsque l'on intervient sur des tumeurs ulcérées, et accompagnées d'infiltrations ganglionnaires, l'ablation complète de ces dernières étant souvent impossible, même au prix de recherches minutieuses et de gros délabrements.

Si l'on croit utile d'intervenir par la voie externe, je crois, avec le Dr Orlow qui vient de publier sur ce sujet un intéressant mémoire dans la *Revue de Chirurgie* (février 1903), que la meilleur méthode à employer pour enlever les dégénérescences



Fig. 59. — La ligne de l'incision de Krönlein est marquée d'un trait rouge.

malignes de l'arrière-gorge (amygdales, voile du palais, paroi pharyngienne), est le procédé dit de Krönlein, que l'on pourra au besoin combiner avec celui de l'auteur Russe. Il consiste à pratiquer une incision curviligne partant de la commissure labiale, se dirigeant vers le bord inférieur du maxillaire, venant embrasser la région sous-maxillaire au niveau de l'os hyoïde, pour remonter ensuite vers l'apophyse mastoïde. Dans le procédé d'Orlow-Krönlein, l'incision part du milieu de la lèvre inférieure pour aller vers le menton et de là rejoindre la région précédente.

Dans l'incision de Krönlein, les parties molles ainsi sectionnées couche par couche permettent de mettre à nu toute la région

sous-maxillaire ainsi que les gros troncs vasculaires qui sillonnent la face interne du sterno mastoïdien.

Au cours de cette première opération on vide la région de tous les ganglions infiltrés qu'elle contient et on enlève, chemin faisant, la glande sous-maxillaire. Ceci fait, après avoir placé une ligature temporaire sur la carotide externe, parfois même sur la carotide primitive, suivant l'importance de la néoplasie et de la dégénérescence qui l'environne, on dénude le maxillaire en avant



Fig. 60. — La ligne de l'incision d'Orlow est marquée d'un trait rouge.

du masséter, puis on scie obliquement l'os maxillaire en ayant soin de traverser les deux lambeaux avec un fil qui permettra de relever la branche ascendante en haut et en dehors et de tirer en avant la portion horizontale sectionnée de ce même os. On a mis ainsi à découvert toute la paroi latérale du pharynx et de l'amygdale.

Il est important, pendant cette intervention, qui est faite sous le chloroforme, dans le décubitus latéral ordinaire, de prendre la langue avec un fil de manière à la tenir en dehors. Ceci fait, on ouvre la cavité buccale ou la paroi pharyngienne pour aller réséquer la tumeur qu'elle contient.

Généralement l'hémorragie s'arrête aussitôt le néoplasme

enlevé; c'est un temps qu'il faut bien entendu conduire assez rapidement, en surveillant avec attention l'entrée du sang dans les voies aériennes, qui constitue le gros danger de l'opération.

Habituellement il n'est pas utile de faire de trachéotomie préliminaire, il suffit de surveiller l'arrière-cavité buccale, au besoin même de s'éclairer avec le miroir frontal électrique, de manière à suivre très exactement les différents temps de l'opération.

L'exérèse du néoplasme ayant été complètement terminée, on suture la région profonde le mieux possible au catgut, puis on tamponne la plaie soit à l'aide de gaze iodoformée, soit même avec de la simple gaze stérilisée, imprégnée d'eau oxygénée étendue d'eau stérile. Les deux tronçons du maxillaire sont ensuite suturés avec des fils d'argent et une partie de la plaie cutanée réunie, en laissant simplement soit des drains, soit des mèches, pour laisser s'écouler les produits de sécrétion.

L'alimentation des malades peut se faire au début, comme le conseille Orlow, par des lavements alimentaires, pendant les trois ou quatre premiers jours, puis directement, par la cavité buccale ou, si le malade la supporte aisément, à l'aide de la sonde œsophagienne. Il est rare que l'on puisse laisser celle-ci à demeure même en la passant par le nez, parce que très souvent les malades sont fatigués de la présence de ce corps étranger dans leurs fosses nasales et dans leur arrière-gorge.

Les accidents possibles sont ceux de toutes les opérations sur cette région, surtout la broncho-pneumonie infectieuse. On a également signalé (Orlow) des hémorragies survenues au huitième et au douzième jour après l'opération.

Il est rare que l'on n'ait pas sectionné quelque branche du facial, ce qui altère ensuite quelque peu le jeu de la physionomie des malades, détail en réalité négligeable, en présence d'une opération si grave et si importante.

La propreté absolue de la bouche entretenue à l'aide de solutions plus ou moins antiseptiques, en particulier l'eau oxygénée, étendue d'eau qui rend en ces cas de véritables services, est une des conditions indispensables pour favoriser la cicatrisation

et diminuer l'infection de la plaie qu'il est pour ainsi dire impossible d'empêcher.

RÉTRÉCISSEMENTS DU PHARYNX INFÉRIEUR

Les rétrécissements du pharynx inférieur, dont on trouve un assez grand nombre d'exemples dans la littérature médicale, ont été réellement bien étudiés par un de mes anciens élèves, le Dr Mesny, dans son travail inaugural (thèse de Bordeaux 1893, numéro 40).

Cet auteur, se basant sur une série d'observations assez nombreuses, a démontré que dans ces cas il s'agissait, non d'adhérence de la base de la langue ou de l'épiglotte au pharynx, mais de véritables rétrécissements annulaires tout à fait comparables à ceux que l'on observe au côté du pharynx nasal, ou des différents sphincters.

Les causes habituelles de ces rétrécissements sont au premier rang : la syphilis à sa période tertiaire, le lupus, les brûlures un peu profondes, que ces dernières soient occasionnées par la chaleur ou des liquides caustiques.

Symptômes. — Les sténoses de la base du pharynx, comme la plupart des altérations cicatricielles, se développent généralement avec une certaine lenteur, aussi le début est-il insidieux; et, bien souvent, pendant des mois ou des années, l'atrésie ne se manifeste par aucun trouble appréciable, sauf un peu de gêne à la déglutition.

Si le rétrécissement s'accentue, on voit apparaître une série de troubles locaux, au nombre desquels la gêne pour avaler, quelquefois même, la pénétration d'aliments liquides dans l'intérieur des voies respiratoires et quelques troubles de la voix plus ou moins accusés occupent le premier rang.

A une période plus avancée, il survient de la gêne respiratoire, du cornage aux deux temps, la déglutition des aliments solides devient à peu près impossible, et seuls, les liquides passent encore à travers un orifice souvent des plus minimes.

A ce moment, l'état général du malade a subi une déchéance profonde; la cachexie s'établit par suite de la diète respiratoire et alimentaire. La voix est souvent étouffée et toujours altérée dans son timbre.

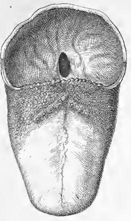


Fig. 61. — Aspect du pharynx inférieur dans un cas de sténose concentrique. La base de la langue, les parois postérieures et latérales du pharynx sont unies par une série de brides fibreuses, véritable diaphragme membraneux.

A l'examen laryngoscopique, on aperçoit la base de la langue plus ou moins soudée à la paroi pharyngienne, englobant au milieu d'elle toute l'épiglotte qui peut être saine, ou en partie détruite au milieu du tissu cicatriciel. L'orifice qui sert d'entrée à l'air de la respiration et aux aliments peut être des plus réduits, je l'ai vu dans quelques cas avoir un diamètre qui dépassait à peine celui d'une plume d'oie, c'est-à-dire deux ou trois millimètres de largeur et 3 ou 4 millimètres de long.

Habituellement les brides fibreuses d'un blanc jaunâtre et très tendues sont jetées d'avant en arrière, formant un arc de cercle qui circonscrit l'orifice inférieur du pharynx où existe comme une sorte d'infundibulum, au fond duquel on aperçoit la cavité dont je viens de parler.

Traitement. — Comme la médication locale arrive généralement trop tard, elle ne peut avoir beaucoup d'influence sur ce tissu de nouvelle formation, surtout si le malade est parvenu à la période

de tirage, de cornage et de gêne de la déglutition pour laquelle il vient réclamer nos soins.

Je n'insisterai donc pas sur les traitements dits spécifiques qui ne sauraient donner de bons résultats immédiats.

Si la sténose est trop considérable, il faudra parer au plus pressé, en pratiquant la trachéotomie, qu'il sera toujours préférable de faire en pleine trachée, au-dessous du cricoïde. Si au contraire, l'orifice est suffisamment grand pour qu'il n'y ait pas à craindre de

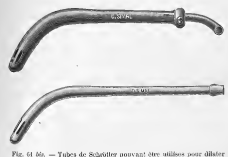


Fig. 61 *bis*. — Tubes de Schrötter pouvant être utilisés pour dilater le larynx inférieur.

voir le malade succomber par asphyxie, on pourra essayer la dilatation simple à l'aide des différentes sondes œsophagiennes, tubes de Schrötter, ou mieux encore, Béniquet, de dimensions ou de courbure adaptées à la forme et à la grandeur du rétrécissement. Si le tubage simple ne suffit pas on pourra pratiquer quelques incisions libératrices à l'aide du galvanocautère. La dilatation brusque ou divulsion, pourrait également être mise en usage, mais les résultats de cette manœuvre sont moins bons que ceux obtenus par la méthode lente, aidée au besoin de la section galvanique.

L'électrolyse paraît avoir également à son actif un certain

nombre de succès ; c'est malheureusement un traitement difficile et un peu long qui exige une installation spéciale.

Si l'on pratique l'incision des brides fibreuses il faut se rappeler que l'on est exposé à ouvrir les branches de la pharyngienne, susceptibles de fournir un écoulement de sang assez abondant pour nécessiter une trachéotomie rapide et un tamponnement.

Jacobson conseille dans ces cas de faire une pharyngotomie latérale pour arrêter directement l'hémorragie et enlever en même temps le rétrécissement. J'avoue cependant, qu'il me paraît difficile, sinon dangereux, d'appliquer un procédé, somme toute, assez lent, dans un cas où l'on a besoin d'agir rapidement. Du reste, cet accident est heureusement très rare.

Il est difficile de donner des indications précises se rapportant à tous les cas, c'est pour ainsi dire d'après chaque sujet, d'après la forme et la nature de la sténose qu'il faudra adopter telle ou telle manière de faire. Toutefois, on peut poser en principe que la dilatation est encore la meilleure manière d'ouvrir le rétrécissement et surtout de le maintenir dilaté. (Voir laryngo-sténoses, p. 378).

DEUXIÈME PARTIE

I

EXAMEN DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

Lorsqu'en 1890, je publiais mes leçons sur les maladies du larynx, il existait encore en France deux modes d'éclairage ; le premier, adopté et préconisé par Moura-Bourouillou, Fauvel,

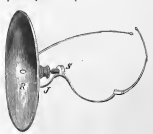


Fig. 62. — Miroir frontal à monture de lunette.

Krisabert, etc., consistait à converger dans la bouche du patient les rayons lumineux d'une lampe munie d'une lentille plan convexe. Cette méthode dite par réfraction, est abandonnée aujourd'hui.

Le second procédé imaginé par Turck et Czermak, est d'un usage beaucoup plus simple et partant plus facile. Il consiste à réfléchir

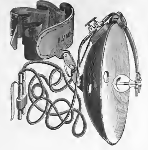


Fig. 63. — Miroir de Clar, avec bandeau frontal.

dans la bouche du malade, à l'aide d'un miroir concave, les

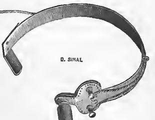


Fig. 64. — Photophore électrique du Dr Hélot, avec casque frontal.

rayons issus de sources lumineuses aussi intenses que possible

(bec Auer, lumière électrique, acétylène, etc.) c'est le procédé, dit par réflexion.

Les miroirs réflecteurs généralement adoptés aujourd'hui sont ceux à bandeau frontal, à monture de lunette, ou à ressort antéro-postérieur venant se fixer à la nuque.

Les spécialistes qui peuvent disposer de l'éclairage électrique d'une ville, se servent soit du miroir Clar, soit du photophore de Hellot (voir fig. 63 et 64) ou des dérivés de ce dernier.

Enfin, pour l'enseignement, on fait encore usage de l'appareil de Drumond éclairé à la lumière oxhydrique (à peu près abandonnée aujourd'hui), ou à l'aide d'un arc électrique placé dans l'intérieur de la lanterne. Cet instrument dont je me sers depuis déjà bien des années, à la clinique de la Faculté de Bordeaux, me rend les plus grands services pour la démonstration aux élèves.

Examen laryngoscopique. — Pour pratiquer l'examen laryngoscopique, il faut :

1° Placer le malade en face de soi la tête légèrement inclinée

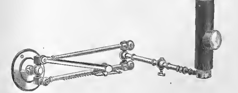
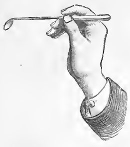


Fig. 65. — Lampe à crémaillère, de Morell-Mackenzie, munie d'une lentille. (Peut se monter sur bec Auer, acétylène ou même s'éclairer avec du pétrole.)

en arrière ; 2° saisir doucement avec un linge, entre le pouce et l'index, la langue tirée au dehors avec modération, pour ne pas érailler le filet ; 3° projeter le faisceau lumineux au-devant de la luette et maintenir l'éclairage dans cette région de l'arrière-

gorge ; 4° chauffer[1] doucement le miroir pour éviter qu'il ne soit terni par la respiration du malade, et après avoir constaté sa température sur le dos de la main, on procède à son introduction dans la cavité buccale. Le manche du miroir doit être saisi de manière à pouvoir passer entre les arcades dentaires, parallèlement à la surface de la langue et de la voûte palatine. Il doit donc ne toucher au passage ni les dents, ni la langue, ni la voûte du palais, conditions essentielles pour réussir l'examen.


Fig. 66. — Manière de tenir le miroir pour l'introduire dans la bouche.

Le miroir est ainsi porté franchement sur la base de la luette que l'on refoule doucement en haut et en arrière, de manière à faire regarder la surface réfléchissante en bas et un peu en avant, vers la cavité laryngienne.

Le miroir étant placé, on prie le malade de prononcer la voyelle E, en émettant autant que possible un son élevé. A ce moment, l'épiglotte se relève et il devient en général facile de pratiquer l'inspection de la cavité laryngienne. Il n'est pas indifférent de faire émettre la voyelle E ou A, car dans ce dernier cas en effet, l'épiglotte s'abaisse en même temps que le larynx se contracte et vient se cacher derrière la base de la langue, d'où impossibilité d'apercevoir l'organe vocal. Si le malade éprouve

[1] Pour obtenir ce résultat, on peut tremper le miroir dans l'eau chaude, ou le chauffer au-dessus d'une lampe à alcool, une lampe ordinaire, ou une simple bougie, et on l'essuie ensuite avant d'en faire usage. Quelques auteurs ont conseillé de passer simplement sur ce miroir un peu de poudre de savon, d'autres de l'eau pure (Vacher) sans essuyer l'eau : d'autres enfin, de la glycérine. Mais il est vraiment si simple de chauffer légèrement le miroir à une flamme que c'est encore le procédé le plus commode, le plus rapide et peut-être le plus aseptique.

de la difficulté à prononcer la voyelle E demandée, on le priera de chercher à dire I ; généralement, en voulant faire l'émission de cette dernière voyelle, c'est un E qu'il articulera.

Il faut se rappeler aussi que plus le son est aigu et naturel, sans être cependant suraigu et contracté, mieux l'épiglotte se relève et découvre l'intérieur de la cavité à examiner.

On dira ensuite au patient de faire une inspiration lente, afin de s'assurer qu'il n'existe aucun trouble de la motilité des muscles du larynx.

L'examen de l'organe vocal, facile dans bien des cas, possible presque toujours, du moins chez l'adulte, devient parfois pénible ou impossible même, chez les enfants et chez certains sujets pusillanimes, parce que la vue des instruments les émotionne et les empêche de se livrer complètement à l'observateur. Dans ces cas, il suffira parfois d'un peu de patience et de douceur pour gagner peu à peu la confiance du malade et arriver au but que l'on poursuit.

D'autres fois, chez les enfants surtout, il sera nécessaire de leur faire tenir la tête penchée en arrière, de saisir la langue de force avec une pince à chloroforme ou autre, de tirer cet organe au dehors et de faire la laryngoscopie pendant les cris et les pleurs. Même dans ces cas, un observateur exercé au maniement du miroir peut obtenir une image laryngée rapide, mais suffisante pour poser un diagnostic.

L'atrésie de l'orifice buccal, la contracture des mâchoires, l'hypertrophie de la langue, sont autant de causes pouvant mettre obstacle à l'examen. Ces difficultés sont toutefois exceptionnelles ; le plus souvent, l'impossibilité de voir le larynx ne vient pas du malade, mais de l'opérateur qui détient dans sa main inexpérimentée la plupart des réflexes dont il rend le patient responsable.

Toutefois, lorsque la sensibilité de l'arrière-gorge sera réellement excessive, on entraînera le malade peu à peu en lui faisant pratiquer pendant quelques jours matin et soir, des badigeonnages du voile et du pharynx, avec une solution bromurée telle que :

Solution avec :

Chlorhydrate de cocaïne	0,10 centigrammes
Bromure de potassium	1 gramme
Glycérine	30 »

Un obstacle plus grave vient de l'abaissement considérable de l'épiglotte qui, pendante ne peut se relever. Cette situation est pour ainsi dire normale chez les jeunes enfants, jusque vers l'âge de cinq ou six ans.

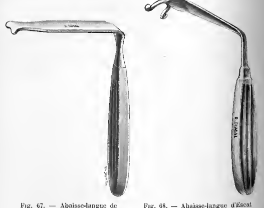


Fig. 67. — Abaisse-langue de Kirstein.

Fig. 68. — Abaisse-langue d'Escat pour laryngoscopie directe.

C'est pour des cas analogues qu'ont été inventés les releveurs de l'épiglotte (Stoerck, etc.) Certains auteurs, Turck, Voltoloni sont même allés jusqu'à conseiller la transfixion de cet opercule, avec un fil passé à l'aide d'une aiguille courbe. Actuellement, il est en général possible de vaincre cet inconvénient en employant le procédé dit de laryngoscopie directe.

Laryngoscopie directe. — Il y a quelques années à peine, Kirstein l'un des premiers démontra qu'il était souvent aisé de voir directement le larynx, sans l'aide du miroir. Pour cela faire, le malade ayant la tête fortement inclinée en arrière, un faisceau lumineux (lumière électrique en général) est projeté vers la base de sa langue, pendant que cet organe est fortement tiré en bas et en avant, à l'aide d'un abaisse-langue spécial introduit jusque sur l'insertion de l'épiglotte, à la base du repli glosso-épiglottique médian. De cette façon, non seulement l'opercule glottique se relève, mais le larynx remonte, permettant ainsi l'inspection de sa cavité tout entière et même du conduit trachéal.

Escat, de Toulouse, a modifié d'une façon heureuse l'abaisse-langue de Kirstein, en donnant à son extrémité la forme de deux petits crochets mousses destinés à venir s'appliquer de chaque côté du repli glosso-épiglottique médian.

Cette méthode à l'aide de laquelle on a même pu enlever des tumeurs des cordes vocales, doit surtout être réservée aux enfants et à quelques adultes. En général, chez ces derniers, il est vraiment si facile de pratiquer l'examen laryngoscopique ordinaire, que le procédé de Kirstein, un peu douloureux du reste, ne nous paraît pas devoir être couramment recommandé.

AUTO-LARYNGOSCOPIE

L'examen de son propre larynx, pratiqué pour la première fois par Czermack, peut se faire de deux façons, soit en plaçant au-dessus de la source lumineuse d'une lentille ou de l'appareil de Dummond, un miroir plan à inclinaison variable, dans lequel se reflète l'image du miroir posé au fond de l'arrière-gorge, soit à l'aide d'un miroir plan arrondi, dont la partie inférieure laisse passer les rayons lumineux venant de l'extérieur. L'opérateur se plaçant alors en face d'une fenêtre, éclaire son arrière-gorge par la portion ajourée du miroir, en même temps qu'il voit dans la portion située au-dessus, l'image de son larynx.

Image laryngoscopique. — Il est inutile de rappeler que l'image laryngée réfléchie par le miroir n'est pas renversée, comme l'ont

écrit quelques auteurs, mais seulement relevée, la région aryténoïdienne servant de pivot; il en résulte que la commissure anté-



Fig. 69. — Diagramme montrant la position des différentes parties du larynx et leur réflexion.

m, plan du miroir. — *l*, larynx. — *o*, œil de l'observateur. — *a*, les aryténoïdes. — *oe*, les replis ary-épiglottiques, et *e*, l'épiglotte qui se réfléchissant en *a'*, *ae* et *e'*.

rieure apparaît en haut dans le miroir, tandis que la partie postérieure se trouve à la portion inférieure de la face réfléchissante. Quant aux parois latérales, elles ne changent nullement de situation, la corde droite du sujet paraît à gauche de l'observateur par le simple fait que lui et le malade sont placés face à face.

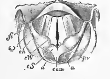


Fig. 70. — Aspect du larynx pendant la phonation.

pv, apophyse vocale. — *a*, aryténoïde. — *com*, commissure postérieure (aryténoïdienne). — *cs*, cartilage de Santorini. — *cw*, cartilage de Wrisberg — *ch*, corne de l'os hyoïde. — *ep*, fosse hyoïde. — *fi*, bande ventriculaire.

Aussi, lorsqu'on examine un dessin du larynx, il ne faut pas prendre son propre organe vocal comme type de comparaison, mais se rappeler qu'on a devant soi une image formée sur un miroir plan placé obliquement au-dessus et en arrière d'une autre personne (Morell-Mackenzie).

L'image laryngienne comprend, en procédant de haut en bas, ou en réalité d'avant en arrière, la base de la langue, dont la coloration est rosée et irrégulière, tomenteuse même par place (amygdale linguale), un peu au-dessous l'épiglotte, d'aspect jaunâtre ou jaune rosé, dont les formes peuvent être extrêmement variables.

Nous reproduisons ici quelques différents types d'épiglottes

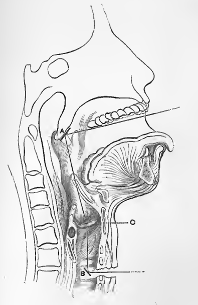


Fig. 71. — Montrant l'angle d'incidence et de réflexion pendant l'examen laryngoscopique et sous-glottique.

A, miroir. — B, position du miroir sous-glottique. — C, corde vocale gauche.

normales que le Dr Audubert a bien voulu dessiner autrefois sur nature à ma clinique (voir fig. 72).

De chaque côté de cet opercule, apparaissent, légèrement pyri-

Fig. 72. — Types d'épiglottes normales.

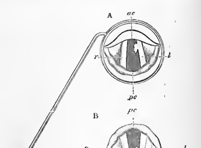


Fig. 73. — Représentant l'image du larynx B dans le miroir A.

ac, commissure antérieure. — *pc*, commissure postérieure. — *r*, corde droite. — *l*, corde gauche présentant un polype.

formes, les replis ary-épiglottiques, d'aspect rosé, se dirigeant en bas dans le miroir, mais en réalité en arrière, vers les aryténoïdes; dans leur épaisseur et à leur partie postérieure, se trouvent deux petites saillies jaunâtres, ce sont les cartilages de Wisberg et ceux de Santorini; ces derniers surmontent les aryténoïdes. Pendant l'émission de la voyelle E ces deux cartilages se juxtaposent au milieu, fermant la glotte inter-cartilagineuse. Pendant l'inspiration, au contraire, ils s'éloignent l'un de l'autre et laissent voir l'espace qui les sépare, région inter-aryténoïdienne, d'aspect généralement plus pâle, souvent irrégulière comme plissée.



Fig. 74. — Manche de Casper muni d'une lampe électrique dont la lumière est réfléchie directement en bas par un prisme placé à l'extrémité de l'instrument.

1, prisme réflecteur. — 2, contact électrique. — 3, prises de courant. — 4, vis permettant d'adopter ce manche sur l'abaisse-langue de Kirstein (fig. 67), ou sur les tubes de Killian.

En dedans des replis ary-épiglottiques on aperçoit deux surfaces d'un rose plus vif, se dirigeant d'avant en arrière, par conséquent de haut en bas dans le miroir, allant des aryténoïdes à la base de l'épiglotte; ce sont les fausses cordes, ou plus exactement les bandes ventriculaires. Au-dessous de ces dernières existent les ventricules de Morgagni qui se détachent en rouge foncé ou parfois sous la forme d'une ligne brune. Au-dessous et en dedans des ventricules, apparaissent enfin deux rubans aplatis, de dimensions variables suivant les sujets, ayant à l'état normal un aspect brillant, tout à fait comparable à l'émail des belles dents, (surtout chez les femmes et les enfants); ce sont les cordes vocales inférieures (voir fig. 70 et 75).

Pendant l'inspiration, on aperçoit souvent la région sous-glottique, les anneaux de la trachée et même l'entrée des bronches, particulièrement celle du côté droit. Ces anneaux se détachent sous la forme de demi-cercles concentriques, d'as-

pect jaunâtre, tranchant sur le reste de la muqueuse qui est rosé.

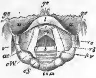


Fig. 75. — Aspect du larynx pendant l'inspiration profonde.

ge, replis glosso-épiglottiques, médian et latéraux. — *u*, face supérieure de l'épiglotte. — *l*, épiglotte (côté larynx) bord libre. — *c*, coussinet de l'épiglotte. — *v*, ventricule de Morgagni. — *vb*, bande ventriculaire. — *vc*, corde vocale. — *pv*, apophyse vocale. — *ae*, replis ary-épiglottique. — *cW*, cartilage de Wrisberg. — *cS*, cartillage de Santorini. — *com*, commissure inter-aryténoïdienne. — *cr*, cartilage cricoïde. — *t*, anneaux de la trachée.

Les cordes vocales vues par leur face inférieure (laryngoscopie sous-glottique) sont rosées comme le reste de la muqueuse vocale.

TRACHÉOSCOPIE ET BRONCHOSCOPIE

La trachéoscopie se pratique en général de la même façon que

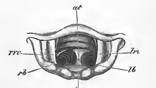


Fig. 76. — Aspect de la paroi antérieure de la trachée et de l'entrée des grosses bronches.

at, paroi antérieure de la trachée. — *rvc*, corde droite, et *lvc*, corde gauche. — *rb*, bronche droite. — *lb*, bronche gauche. — *bs*, éperon bronchique.

l'examen du larynx ; on profite simplement d'une inspiration profonde pour éclairer l'intérieur du conduit trachéal ; il est quelque-

fois possible de voir par ce moyen jusqu'à sa bifurcation et même une partie de l'entrée de la grosse bronche droite, si la tête du malade regarde un peu à gauche et en haut (Kirstein et Killian). C'est là une méthode indirecte puisque nous ne voyons que l'image des organes que nous examinons.

On peut encore inspecter la trachée et la première division bronchique, après la trachéotomie, à l'aide d'un petit miroir placé dans l'ouverture trachéale, après avoir anesthésié le conduit aérien avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième. De même, par ce procédé, en retournant le miroir vers la partie supérieure, on examine la région sous-glottique.

Méthode directe ou de Killian. — Elle s'emploie de deux façons distinctes, à travers un orifice trachéal (bronchoscopie inférieure) ou par la voie buccale (bronchoscopie supérieure).

Dans les deux cas on doit, au préalable, anesthésier la muqueuse du conduit trachéo-bronchique, ou laryngo-trachéo-bronchique, suivant la méthode choisie. La solution cocaïnique à 10 p. 100 suffit habituellement; toutefois dans les cas de bronchite aiguë ou chronique, il peut être utile de faire usage de la solution à 20 p. 100.

A. *Bronchoscopie inférieure.* — Elle est de beaucoup la plus simple et la plus commode; on peut habituellement la pratiquer, au moins chez l'adulte, sans narcose, placé en face du malade. Il suffit, une fois la canule enlevée, de renverser la tête du patient fortement en arrière pour redresser le conduit trachéal. Ceci fait, muni soit du miroir frontal électrique, de Clar de préférence, soit mieux encore d'un tube trachéobronchique de Killian, préalablement chauffé et vaseliné, monté sur le miroir de Casper, on introduit peu à peu le tube dans la trachée en le conduisant jusqu'à la bifurcation de ce conduit. Arrivé à ce point de l'arbre aérien, suivant que l'on veut pénétrer dans la bronche droite ou gauche, on fait subir à la tête du patient un léger mouvement de rotation à gauche, pour la bronche droite, et à droite pour celle du côté opposé. Prenant alors le tube avec douceur on pénètre

dans la première ramification qui peu à peu se déplisse au-devant du tube jusqu'au moment où l'on aperçoit les premières divisions secondaires dans lesquelles il est assez aisé de passer si le tube employé n'est pas de trop grosse dimension. Il est vraiment



Fig. 77. — Trachéoscopie et bronchoscopie supérieure, d'après Killian. Cette figure montre le premier temps de l'introduction du tube.

(Cliché de M. Fischer de Fribourg-en-Brisgau.)

extraordinaire de voir le conduit trachéobronchique se redresser ainsi peu à peu offrant pour ainsi dire sa lumière au tube qui le pénètre. S'il existe des mucosités on peut les enlever soit avec le porte-ouate, soit avec une sorte de pompe spéciale employée par Killian, pour aspirer le pus formé autour d'un corps étranger

placé à l'entrée du hile du poumon, que cet auteur put enlever par sa méthode.

B. *Bronchoscopie supérieure.* — Pour faire l'examen des voies aériennes profondes par la voie buccale, sans trachéotomie préa-



Fig. 78. — Deuxième temps de la trachéoscopie et de la bronchoscopie, d'après Killian. Le tube a pénétré jusque dans les bronches.
(Cliché de M. Fischer de Fribourg-en-Brisgau.)

lable, on peut examiner le malade soit assis en face de l'observateur, après simple cocaïnisation, comme dans le cas précédent, ou couché sur le dos et après narcose chloroformique. Cette dernière doit être complète pour supprimer les réflexes et particulièrement la toux. Killian pense que la narcose a en outre l'avantage

énorme de faire disparaître la tension des muscles du cou, ce qui favorise beaucoup l'introduction des tubes. Il est bon chez l'adulte de faire précéder l'administration du chloroforme d'une injection de morphine. On peut considérer que chez les enfants la bronchoscopie sans narcose est impossible. Une fois le malade endormi dans le décubitus dorsal, on portera sa tête un peu au dehors de la table et en arrière, puis déprimant fortement la langue à l'aide d'un abaisse-langue de Kirstein tenu par un aide, on essaie d'abord de passer derrière l'épiglotte puis entre les cordes vocales au niveau de la région inter-aryténoïdienne. Pour pénétrer ensuite dans la trachée, il faudra pousser le tube en avant en profitant d'un mouvement d'inspiration (Killian).

L'anesthésie cocaïnique à travers le tube lui-même sera de nature à favoriser son introduction qui, à partir de ce moment sera conduite comme il a été dit plus haut à propos de la bronchoscopie inférieure.

Si l'examen se fait sur l'adulte et à l'état de veille, le patient doit être assis en face de l'opérateur la tête fortement renversée en arrière pour redresser son conduit laryngo-trachéal. Dans ce cas le tube lui-même servant d'abaisse-langue permet de refouler l'épiglotte en avant et de pénétrer dans le larynx.

La longueur et le diamètre des tubes bronchoscopiques variera avec les dimensions de chaque cas. Chez l'adulte, Killian recommande les tubes de 9 à 11 millimètres de diamètre et de 16 à 25 centimètres de largeur pour la bronchoscopie inférieure et de 20 à 35 centimètres pour les examens faits par la voie buccale. On aura toujours le soin de vaseliner et de chauffer légèrement l'instrument préalablement stérilisé, avant de le faire pénétrer dans l'arbre aérien. Le tube sera toujours poussé avec douceur et il devra pénétrer sous l'œil de l'opérateur. Si l'on désire enlever des corps étrangers on fera usage d'instruments spéciaux construits à cet effet. Killian a fait en outre fabriquer un fantôme bronchoscopique pour habituer les novices au maniement des tubes et des divers instruments bronchiques (fig. 81).

Le nettoyage du champ visuel sera fait soit à l'aide de tampons de ouate montés sur de longues tiges, soit si la sécrétion est

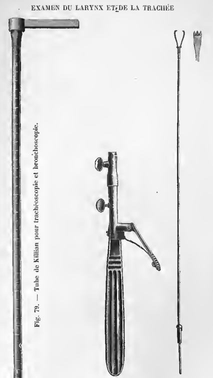


Fig. 79. — Tube de Killian pour trachéoscopie et bronchoscopie.

Fig. 80 — Porte-ouate de Killian pour la trachée et les bronches.

abondante, avec une sorte de pompe aspirante munie d'un large tube, ou avec un tube bronehoscopique à orifice doublé pour aspiration, construit pour cet usage par Killian, promoteur de ces ingénieuses méthodes d'examen.

MANŒUVRES LARYNGOSCOPIQUES. LARYNGO-FANTOMES

Lorsqu'il est nécessaire de porter des topiques ou des instruments dans le larynx, l'opérateur ayant ses deux mains occupées,

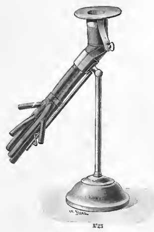


Fig. 81. — Fantôme de Killian, pour s'exercer à pratiquer la bronchoscopie et l'œsophagoscopie.

devra prier le malade de tenir lui-même sa langue avec la main gauche, si l'opérateur droitier, tient son instrument de la main droite et le miroir, placé dans la gorge, avec la main gauche. De là

l'utilité pour le laryngologiste d'apprendre à se servir de ses deux mains autant pour examiner l'organe de la voix que pour soigner les maladies dont il peut être atteint.

Pour exercer les débutants aux manœuvres laryngoscopiques,

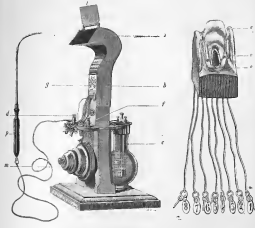


Fig. 82.
Laryngo fantôme électrique du Dr Garel.

a et *b*, étui métallique dans le fond duquel se place le larynx artificiel. — *c*, pile pour actionner la sonnerie électrique — *d*, borne pour fixer l'excitateur laryngé. — *f*, borne recevant le fil correspondant au point que l'on veut toucher. — *g*, image indiquant les différents points du larynx que l'on peut toucher. — *m*, sonnerie indiquant le résultat de l'opération. — *p*, manche de l'excitateur électrique. — *t*, couvercle du conduit métallique. (Reproduction d'un cliché de Bassols Prim.)

Fig. 83.
Laryngo fantôme électrique du Dr Garel.

Larynx artificiel muni de 8 conducteurs répondant chacun à de petits contacts électriques disséminés dans les diverses régions du larynx.

certains auteurs ont imaginé des laryngo-fantômes électriques ; les appareils de Baratoux et Garel peuvent indifféremment servir

à cet usage (voir fig. 82). Une disposition des contacts électriques aide les débutants à suivre les règles strictes que nous avons exposées plus haut, soit pour examiner l'organe vocal, soit pour toucher tel ou tel point de sa surface.

STROBOSCOPIE

L'examen au stroboscope est surtout utilisé pour voir les mouvements des cordes. En effet, tel ruban vocal qui est immobile à

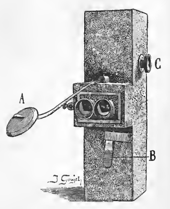


Fig. 84. — Appareil du Dr Garel, pour photographier le larynx.
A, miroir laryngien. — B, Levier pour le déclanchement de l'obturateur. — C, Bouton pour faire avancer la pellicule après chaque pose.

l'examen laryngoscopique ordinaire, apparaît animé de mouvements appréciables à l'aide de l'appareil de Spiess. Cet instrument sert donc soit à faire des recherches physiologiques, soit, dans les cas de paralysie laryngée, pour s'assurer que la mobi-

lité est abolie partiellement ou en totalité. Le stroboscope, basé sur le principe du kinétoscope et du cinématographe, consiste en un double photophore électrique placé au-devant de l'œil de l'opérateur. Grâce à un mécanisme fort simple, actionné par un

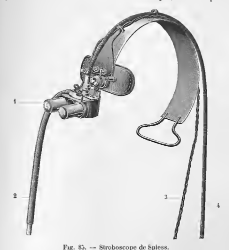


Fig. 85. — Stroboscope de Spiess.

1, lampes électriques munies de lentilles. — 2, tube pour l'opérateur qui le met dans sa bouche et souffle pour donner le ton. — 3, fils apportant la lumière. — 4, tube s'adaptant au moteur qui fait marcher les diaphragmes.

moteur électrique, des diaphragmes et des orifices régulièrement espacés viennent se mettre devant l'œil de l'observateur et impriment sur sa rétine une série d'images successives lui permettant de voir le mouvement des cordes (voir fig. 85).

Le passage répété de l'écran sert en même temps de sirène donnant un son que le malade en observation doit reproduire,

afin de faire coïncider le nombre de vibrations des replis thyro-aryténoïdiens (cordes) avec le nombre des interruptions de l'appareil. Lorsqu'on examine une femme dont le larynx donne la note à l'octave, on regarde par un trou plus petit placé au-dessous du précédent, ce qui rend plus rapides et par conséquent plus nombreuses les interruptions des diaphragmes opaques.

II

MALADIES DU LARYNX

TROUBLES DE LA CIRCULATION

I. **Anémie**. — L'anémie de la muqueuse vocale s'observe principalement chez les sujets déprimés soit par des hémorragies répétées, soit par une affection générale, chlorose, leucémie. On la rencontre également dans certaines affections altérant profondément l'organisme, telles que le cancer, la tuberculose et même le mal de Bright (Ruault).

Dans la bacillose, l'anémie de l'arrière-gorge et du larynx peut être hâtive et tellement prononcée que certains auteurs (B. Fraenkel, Lennox-Browe, Morell-Mackenzie, etc.) établissent comme règle absolue d'examiner avec soin les poumons de tout malade présentant une décoloration marquée de la muqueuse de ces régions, si du moins la cause de cette anémie ne peut pas être attribuée à une affection générale.

A l'examen laryngoscopique, le voile du palais, l'épiglotte, ses replis et les bandes ventriculaires ont perdu leur aspect rosé, ils offrent une coloration pâle, plutôt jaunâtre, avec quelques arborisations vasculaires. Les rubans vocaux prennent une couleur terne, ils n'ont plus cet aspect lisse et brillant émaillé qui les distingue si bien, à l'état normal, du reste de la muqueuse.

Le diagnostic de ces troubles circulatoires est des plus simples ; seul l'examen laryngoscopique permet de les reconnaître, car les symptômes fonctionnels sont absolument nuls.

II. **Hyperhémie. Congestion.** — Les fluxions laryngées se présentent sous deux formes : elles sont passives ou actives

L'hyperhémie passive est liée aux maladies du cœur, aux affections chroniques du tube digestif ou à des troubles mécaniques (compression des vaisseaux de la circulation de retour). Ainsi agissent les efforts de vomissements ou certaines quintes de toux coqueluchoïde. Elle peut encore résulter d'un état dyscrasique du sang ou de l'hémophilie.

L'hyperhémie active est souvent le syndrome d'une affection générale. Il n'est pas rare de la voir survenir dans le cours ou au début des fièvres éruptives, après des changements brusques de température, à l'occasion d'un froid vif, portant sur le cou ou sur les pieds. L'inhalation de vapeurs ou poussières irritantes, la fumée du tabac, l'alcoolisme dans ses manifestations aiguës, peuvent encore être rangés au nombre des causes de ce trouble vasculaire.

Citons aussi les efforts vocaux exagérés, l'usage immodéré de la voix parlée ou chantée dans une salle surchauffée et remplie de vapeurs irritantes (tabac), en plein air, et surtout au bord de la mer.

Les artistes lyriques qui ne chantent pas dans leur tessiture y sont particulièrement exposés. A ce sujet, je puis dire que c'est particulièrement chez les chanteurs qui déplacent leur voix dans le registre grave, que l'on constate facilement ces hyperhémies passagères, au moins au début. Que de fois n'ai-je pas vu le rôle de Carmen interprété par des soprani, produire chez elles ces congestions de la muqueuse vocale.

Les artistes qui apprennent ou chantent en même temps deux rôles placés dans des tessitures différentes, subissent aussi assez aisément ces poussées de congestions actives. Il en est de même de ceux qui malmènent leur voix, soit en faisant mal le passage, soit en se contractant, soit encore en prenant une mauvaise émission.

On observe encore l'hyperhémie laryngée chez certaines femmes, avant ou pendant la période cataméniale. Quelquefois aussi on voit, à la suite d'excitations vénériennes, survenir de la toux et de l'enrouement, qui témoignent d'une congestion laryngée passagère (Joal). Cette question des rapports des organes sexuels et

du larynx, est du reste connue depuis déjà longtemps, puisqu'en 1832, Bennati; et en 1838, Colombat, dans leur traité des organes de la voix, consacraient l'un et l'autre un chapitre à ces symptômes. Ces auteurs rapportaient même des faits très concluants à cet égard.

De même les rapports qui existent entre l'utérus et le larynx sont des plus manifestes et l'on a signalé (Bayer) l'influence de certaines métrites sur l'hyperhémie chronique de la muqueuse vocale.

La congestion laryngée s'observe également à la suite de lésions de la muqueuse nasale, soit par propagation directe, soit comme phénomène réflexe.

L'hyperhémie diffuse constitue le symptôme obligatoire de la mue.

On rencontre encore ce symptôme à titre de manifestation infectieuse, dans la tuberculose et dans l'arthritisme (Huchard, Archambault).

Les catarrhes naso-pharyngiens et les inflammations chroniques des cavités accessoires du nez, sont encore des causes de congestion laryngée.

Citons enfin, pour terminer cette longue étiologie, les hyperhémies médicamenteuses qui surviennent après l'ingestion de certains médicaments, tels que l'iodure, le bromure de potassium, l'ipécacuanha, les sulfureux, etc., etc.

Symptômes. — Dans les formes légères, les symptômes peuvent faire complètement défaut. Habituellement, les troubles fonctionnels consistent en une sensation de douleur, de brûlure et de picotement à l'arrière-gorge, provoquant une sorte de toux sèche et quinteuse.

La voix est généralement abaissée dans son timbre, elle est rauque, moins vibrante, par conséquent moins sonore. Lorsqu'il s'agit de chanteurs, ces derniers chantent avec beaucoup moins de facilité; l'émission est gênée et même souvent difficile; le médium, les passages de la voix et la demi-teinte se trouvent plus particulièrement altérés. L'artiste est obligé de faire des efforts plus ou moins exagérés pour éclaircir son timbre, il doit échauffer

sa voix. Ces troubles sont surtout appréciables chez les femmes, particulièrement chez les soprani et les chanteuses légères, chez les ténors et surtout les ténors légers. Par contre, ainsi que l'a fait remarquer Semon, ils sont bien moins prononcés et appréciables chez les barytons, à plus forte raison chez les basses.

Si la congestion est intense, il peut même arriver que la voix se casse et s'arrête, pendant l'émission de certaines notes.

Les symptômes objectifs sont les mêmes dans les formes passives ou actives. Suivant l'intensité de la lésion, la coloration de la muqueuse vocale varie du rouge clair ou du rose foncé au rouge le plus intense ; ce sont surtout les bandes ventriculaires et la région postérieure du larynx qui sont le plus fortement congestionnées. Parfois cependant, les cordes peuvent être colorées sur toute leur longueur. Habituellement, elles sont simplement rosées ou vermillonnées sur leurs bords et plus ternes à leur surface sans aucune trace d'infiltration.

L'existence de troubles parétiques, devra plutôt faire songer à une inflammation qu'à une simple fluxion laryngée.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche de l'affection est très variable ; elle dépend de la cause qui l'a produite et de l'intensité de l'hyperhémie. Parfois, elle apparaît d'une façon régulière (hyperhémie cataméniale) tandis que dans d'autres cas on ne l'observe qu'à la suite des différentes causes susceptibles de produire son apparition. Très passagère chez quelques malades (orateurs, chanteurs, etc.) elle peut dans des cas plus graves, avoir une durée de plusieurs jours.

La disposition aux congestions étant un indice de mauvaise circulation du larynx, on doit considérer ce trouble comme grave chez les chanteurs, puisque la perte de leur voix peut en être la conséquence. C'est le danger auquel sont plus particulièrement exposés les artistes qui se réveillent enroués le matin et qui ont besoin d'échauffer leur voix avant de chanter.

Pronostic. — Le pronostic est ordinairement bénin, si le malade veut bien prendre les précautions qu'exige son état et faire le traitement qui lui est conseillé.

Diagnostic. — Le diagnostic est généralement facile, car l'inflammation catarrhale aiguë de la muqueuse vocale qui offre quelques analogies avec les fluxions laryngées, présente une série de symptômes assez nets pour que l'on puisse facilement établir une distinction entre ces deux états morbides. Dans tous les cas la marche de la maladie permettra en général de reconnaître la nature de la lésion.

Traitement. — Le seul traitement en pareil cas, est sans contredit le repos de l'organe, c'est-à-dire le silence. Cependant, lorsque la congestion est légère ou passagère, un bain de pieds très chaud, l'application d'un sinapisme à la nuque, l'administration de quelques gouttes d'alcoolature de racine d'aconit, suffisent parfois pour faire disparaître le trouble vocal consécutif à l'hyperhémie laryngée. Il faut bien ajouter aussi avec Ruault, que dans bien des cas, cette fameuse teinture ne mérite pas la vogue dont elle jouit. J'ai assez souvent prescrit avec succès à des chanteurs momentanément enroués, la potion suivante :

Alcoolat d'aconit	XXV gouttes
Bromure de potassium	3 grammes
Sirop d'Erysimum composé	30 »
Eau de laurier cerise.	10 »
Eau de tilleul	120 »

2 ou 3 cuillerées par jour, dans du tilleul chaud.

D'autres fois, l'application de vaseline cocaïnée et mentholée dans les fosses nasales suffit pour faire disparaître la congestion de la muqueuse vocale. Inutile d'ajouter que la suppression des causes déterminantes lorsqu'il sera possible de le faire, suffira pour guérir les sujets atteints de ces troubles circulatoires.

III. **Hémorragies**. — Signalées depuis longtemps, les hémorragies laryngées reconnaissent habituellement les mêmes causes que la congestion ; il y a simplement entre les deux lésions, une différence de degré. Toutefois, on les observe encore chez les névropathes et les hémophylitiques (Garel). On les a également

signalées à titre d'hémorragies supplémentaires chez la femme. De même, elles ne sont pas rares dans les cas de tumeurs malignes de l'organe vocal, ou dans certaines tumeurs bénignes (angiomes de la muqueuse laryngée). J'ai également vu survenir des hémorragies grippales aiguës chez des arthritiques et surtout chez des malades porteurs de rhino-pharyngo-laryngite atrophique (voir p. 352) et même chez quelques chanteurs ou avocats, après des efforts vocaux exagérés, deux fois chez des ténors, pendant le fameux « Suivez-moi » de Guillaume-Tell.

Les *symptomes* sont ceux de la congestion poussée à ses limites extrêmes ; de plus, l'expectoration est sanguinolente ou même sanglante, suivant l'importance de la rupture vasculaire.

Au laryngoscope on constate les signes d'une congestion intense de la muqueuse vocale, tantôt ce sont de simples arborisations vasculaires (Compaired), tantôt au contraire, ce sont des ecchymoses ou des hémorragies sous-muqueuses, voire même de véritables kystes sanguins, résultat d'hémorragies interstitielles. Ces dernières altérations se rencontrent surtout chez les chanteurs, les professeurs ou les crieurs publics ayant voulu faire un usage exagéré de leur voix. Dans quelques cas même, on voit à l'examen laryngoscopique des caillots adhérents aux cordes vocales (Stepanow, Strubing) et même du sang transsudant à travers la muqueuse.

Le diagnostic est en général facile, il importe toutefois de distinguer les hémorragies venant de la base de la langue, de la trachée ou des bronches. Les altérations de la voix et les lésions constatées directement permettent ordinairement d'établir le point de départ de l'écoulement sanguin.

Si l'hémorragie est superficielle, elle s'arrête habituellement d'elle-même, mais si elle devenait un peu abondante, l'administration de glace *intus* et *extra*, au besoin une cautérisation galvanique du point saignant, ou bien l'application d'une solution de cocaïne adrénalisée, suffiraient dans la plupart des cas pour l'arrêter. Voici une formule recommandable dans ces cas :

Solution avec :

Solution d'adrénaline à 1 p. 1000. . .	1 gramme
Chlorhydrate de cocaïne.	
Eau de laurier-cerise	8 »
Glycérine pure	2 »

Le véritable traitement consiste surtout à combattre la cause des poussées conjectives dont l'hémorragie est l'expression. Dans certains cas, ce sera donc le repos de l'organe, les purgatifs salins légers, dans d'autres, l'exercice physique, l'hydrothérapie ou les antispasmodiques qui permettront d'arriver au résultat cherché. Les attouchements de la muqueuse vocale ne seront utiles que pour débarrasser le larynx des caillots qui pourraient y être accumulés, ou pour agir sur l'élément congestif général. Il est bon de rappeler à ce sujet que les solutions de cocaïne concentrée à 1/10, à plus forte raison à 1/5, produisent chez certains malades, non l'anesthésie et la vaso-constriction cherchée mais au contraire une sorte de vésication des cordes. Ces faits sont très rares, il est vrai, mais il est bon de les connaître. Inutile d'ajouter que s'il existe des kystes sanguins il faudra les traiter comme les polypes ordinaires.

BRULURES

Les brûlures isolées de la muqueuse vocale sont rares. Les symptômes de dysphagie et de gêne respiratoire par œdème aigu sont aussi bien la conséquence des lésions de voisinage que des altérations de la paroi laryngienne. Ce sont ordinairement l'épiglotte et la région aryténoïdienne qui sont atteintes par les caustiques. Suivant leur nature et leur degré de causticité, la région brûlée présente des modifications qui varient depuis le simple érythème avec infiltration œdémateuse plus ou moins marquée, jusqu'aux signes de nécrose et de gangrène par destruction profonde des tissus.

Le traitement est celui des brûlures de la bouche et de l'arrière-gorge en général (voir p. 204).

PLAIES DU LARYNX

Définition. — On désigne sous ce nom les solutions de continuité de l'organe vocal déterminées par des instruments piquants, tranchants ou contondants.

Étiologie. —D'après ce qui précède nous devons distinguer les plaies chirurgicales et accidentelles.

A. *Les plaies chirurgicales* sont celles que l'on est obligé de pratiquer soit pour donner une voie d'accès à l'air, soit pour faciliter l'expulsion d'un corps étranger ou enlever des tumeurs de l'organe vocal.

B. *Les plaies accidentelles* reconnaissent un nombre considérables de causes : elles sont faites tantôt par des instruments piquants, des armes effilées (baïonnettes, épées, stylets, clous, couteaux) et tantôt par des instruments tranchants (canifs, couteaux, rasoirs, sabres, etc.).

Les plaies par armes à feu seraient peut-être plus fréquentes, si les blessés étaient soumis, en temps de guerre, à un examen immédiat. Il est en effet probable qu'étant donnés les symptômes qui accompagnent ces sortes de lésions, les sujets atteints doivent mourrir d'hémorragies, sans que l'on ait songé à se rendre compte de la nature du traumatisme local (éclats d'obus, de capsules, etc.).

Les efforts de toux et de vomissements peuvent s'accompagner de déchirure de la muqueuse du larynx.

Siège — Les plaies portent sur tout le conduit laryngo-trachéal; mais elles sont plus fréquentes sur la membrane thyro-hyoïdienne et sur la trachée. Leur direction et le mécanisme de ces traumatismes est extrêmement variable, aussi ne saurons-nous envisager ici tous les cas qui peuvent se produire.

Symptomes. — Les symptômes varient avec les dimensions de la lésion et le point intéressé.

A. *Plaies larges.* — Si l'incision est transversale, les lèvres de la plaie seront plus ou moins écartées, suivant la position de la tête et suivant aussi que les muscles de la partie antérieure du cou auront été sectionnés ou respectés par l'instrument tranchant. La perte du sang immédiate est toujours inquiétante à cause de la section des vaisseaux qui sillonnent la région. Il n'est pas rare de voir les blessés mourir d'une hémorragie à moins qu'une syncope favorable n'assure l'hémostase.

L'état de la respiration est très variable. Tantôt l'expiration produit une sorte d'éclaboussement sanguin, tandis que l'aspiration donne lieu à un sifflement caractéristique bien connu de tous ceux qui ont pratiqué l'opération de la trachéotomie.

Si la section a porté sur toute la circonférence du conduit trachéal, le bout supérieur, cédant à l'action musculaire, est attiré en haut où il demeure fixé, tandis que le bout inférieur suivant les mouvements de la respiration disparaît dans les profondeurs de l'ouverture au moment de la pénétration de l'air.

L'asphyxie peut résulter de la rétraction de l'extrémité inférieure du larynx sectionné, soit des causes les plus variées, telles que l'écoulement du sang dans les bronches, l'oblitération du larynx par des lambeaux flottants dans sa cavité ou bien du corps vulnérant lui-même qui occasionne une suffocation instantanée par inhibition.

La voix parfois intacte est généralement altérée, notamment si la section porte sur la membrane thyro-hyoïdienne, sur les cordes ou les cartilages aryténoïde. De même si l'un des deux récurrents est atteint, on verra se produire des perturbations musculaires correspondant à ces mutilations.

Les troubles de la déglutition sont en concordance avec le siège et l'étendue de la lésion. Une plaie faite à la hauteur du cartilage thyroïde occasionne habituellement une vive douleur pendant les mouvements d'ascension du larynx. Si la membrane thyro-hyoïdienne a été sectionnée, les aliments peuvent pénétrer dans le larynx. Enfin, ces désordres seront portés à leur summum quand la blessure intéressera à la fois l'organe vocal et le pharynx.

B. *Plaies étroites*. — Si les plaies sont de petites dimensions (piqûres, etc.), on constate alors l'apparition d'un emphysème sous-cutané plus ou moins étendu. Lorsque ce symptôme est très prononcé il peut déterminer l'asphyxie, c'est presque le seul signe pathognomonique de certaines plaies des voies aériennes. Il est rare, si la blessure est petite, qu'il se produise une hémorragie très prononcée; à moins qu'un vaisseau de quelque importance n'ait été sectionné. Habituellement la collection sanguine se résorbe sur place ou bien elle s'infecte et donne lieu à un abcès.

L'infiltration d'air et de sang peuvent amener un certain degré de compression du larynx, avec phénomènes asphysiques capables de nécessiter une intervention immédiate. Les troubles vocaux sont en général nuls ou peu marqués, à moins que les cordes n'aient été atteintes.

L'examen laryngoscopique, lorsqu'il est possible, démontrera soit de larges pertes de substance, soit simplement l'existence d'ecchymoses ou d'œdèmes variés occupant les parois du larynx, de la trachée et même de l'entrée de l'œsophage. Les lésions ecchymotiques d'aspect noirâtre, très caractéristiques du reste, sont fréquentes dans les essais de strangulation. J'ai eu l'occasion de les constater plusieurs fois dans des cas de ce genre. Ces sortes de plaies sont toujours très douloureuses, particulièrement au moment de la déglutition ou pendant la palpation externe de l'organe blessé.

Diagnostic. — Le diagnostic des larges mutilations est facile par la simple vue du blessé. Quant aux plaies de petit calibre, elles peuvent être plus difficiles à déterminer, à moins que l'air ne vienne sortir par les tissus dans la région antérieure ou latérale du cou.

Dans les cas douteux, la présence de l'emphysème, les menaces d'asphyxie, l'ecchymose sous-cutanée ou sous-muqueuse, fourniront des indications utiles qui, aidées des anamnestiques, permettront d'établir un diagnostic avec quelque certitude.

Anatomie pathologique. — Les plaies produites de dehors en dedans sont nécessairement accompagnées de lésion des parties

molles qui les recouvrent, mais il n'existe pas toujours de corrélation intime entre la blessure intérieure et extérieure. C'est ainsi qu'une petite perte de substance peut coïncider avec une large plaie du larynx. De même qu'une large blessure extérieure peut n'avoir intéressé que très légèrement le conduit laryngo-trachéal.

Les bords de l'incision sont tantôt nets ou au contraire contus et déchirés, suivant la nature de l'instrument vulnérant. Les sections des muscles, des vaisseaux et des nerfs varient d'après la nature, la profondeur et l'étendue de la lésion.

Complications. — Les plaies du larynx sont loin de présenter toujours une grande simplicité. Elles peuvent être compliquées d'accidents immédiats, et ultérieurs. Parmi les premiers, il faut citer la mort rapide par l'introduction de l'air dans les veines.

L'emphysème et l'hémorragie sont encore des complications immédiates d'une haute gravité. L'œdème est plus rare au début.

Les accidents secondaires ou consécutifs consistent surtout en abcès et fusées purulentes ; ils semblent être plus fréquents dans les plaies de petit calibre que dans les larges pertes de substances.

Parfois la désorganisation de la charpente cartilagineuse du larynx est telle que seule la mise en place d'une canule à demeure permet de sauver l'existence du malade.

Marche. Durée. Terminaison. — Un des premiers symptômes consécutifs aux blessures du larynx est l'infection. Les bords de la plaie étant irréguliers, déchiquetés, faits avec des instruments septiques, il n'est pas rare de voir se produire, malgré les soins immédiats, des phénomènes infectieux dont la gravité est plus ou moins grande, suivant leur siège et leur nature.

La marche est excessivement variable et dépend de la gravité et de l'importance du traumatisme.

Les blessures du larynx peuvent se terminer soit par la mort, la guérison ou par des désordres permanents.

La mort survient de la façon que nous avons indiquée plus haut par aspiration de l'air, hémorragie, suppuration et septicémie.

La guérison est assez souvent observée dans les plaies larges.

Les désordres permanents sont la formation de fistules, les laryngo ou trachéo-sténoses dont la forme et le siège varient et dépendent de la lésion et de la manière dont s'est faite la cicatrisation.

PRONOSTIC. — Le pronostic ne saurait être indiqué pour tous les cas; il résulte de la nature de l'accident, de la région atteinte et d'une série de circonstances qu'il est impossible de préciser à l'avance.

TRAITEMENT. — *Soins immédiats.* — La première indication à remplir, quand on est appelé assez vite auprès d'un blessé de ce genre, est d'arrêter l'hémorragie lorsqu'elle menace, par son abondance, de mettre en danger la vie du malade; on doit donc aller à la recherche du vaisseau sectionné, le pincer d'abord, puis en pratiquer la ligature; il faudra lier non seulement les artères, mais aussi les veines qui, dans la région du cou possèdent un calibre spécial et sont soumises à des lois physiologiques particulières.

L'hémorragie arrêtée, on procédera au nettoyage antiseptique de la plaie; on s'assurera qu'il n'existe aucun fragment cartilagineux, ni morceau quelconque d'instrument ou d'étoffe pouvant entraver la cicatrisation et provoquer la suppuration. Si le malade est menacé d'asphyxie il faut en chercher les causes et, s'il y a lieu, introduire une canule trachéale par la plaie ouverte ou même par une voie artificielle, faite dans la trachée; au besoin l'application d'une canule de Trendenleburg pourra rendre des services en pareil cas. Du côté des parties molles on réséquera les lambeaux sectionnés qui n'auraient pas de chances de pouvoir se souder à nouveau et qui menaceraient par conséquent de se sphacéler; on maintiendra, dans une certaine mesure, une partie de l'ouverture aérienne béante, pour éviter l'emphysème, puis on appliquera un pansement antiseptique qui sera renouvelé suivant les besoins de chaque cas. La tête du malade sera placée de façon à faciliter la réunion immédiate de la déchirure qui sera suturée avec des catguts dans les parties profondes.

Lorsque la plaie faite aux voies aériennes sera de dimension moyenne, et à plus forte raison considérable, il conviendra de la réunir par première intention, en suturant les bords du conduit aérien divisés par l'instrument; mais il faudra toujours laisser une petite boutonnière en avant des tissus mous, de manière à éviter l'emphysème consécutif.

S'il existe de petites plaies avec emphysème on fera des scarifications, au besoin on débridera les tissus pré-trachéaux et laryngiens pour empêcher la diffusion de l'air dans les tissus et les accidents qui pourraient en résulter.

Le traitement des fistules et des sténoses sera celui que nous exposerons plus tard.

FRACTURES DU LARYNX

L'histoire des fractures du larynx appartient d'une façon à peu près complète à la chirurgie contemporaine. Bien que Malgaigne, dans son traité, ait consacré un chapitre spécial à ces sortes de lésions, la première monographie importante est due à Cavasse qui, en 1859, fit de cette question l'objet de son travail inaugural.

Gurlt, de Berlin, fit également sur le cadavre des expériences qui l'amenèrent à d'intéressantes conclusions sur le mécanisme de ces fractures et leur traitement. Le fruit de ses recherches fut consigné dans la deuxième partie de son *Traité des fractures* (1864).

La plupart de ces faits et ceux antérieurement publiés furent analysés dans un article de Hénocque, paru dans la *Gazette Hebdomadaire* de 1868.

Depuis cette époque ont successivement paru : l'article de Bœckel, les observations de Fredet, Béchade, Langlet, Koch, la thèse de Mussat (1872) et celle de Catrinopoulos (1879). Cette dernière reste encore le travail le plus complet que nous possédions sur la question, car celle de M. Bessières (1885) n'est qu'un résumé succinct du travail précédent, l'auteur n'ajoutant aucun cas nouveau.

Les fractures du larynx sont toujours restées des faits assez

rares dont je n'ai eu l'occasion d'observer que quelques exemples dans le cours de ma pratique.

Étiologie. — Deux raisons principales s'opposent à la fréquence des fractures du larynx : d'une part les différentes pièces constitutives de la charpente de cet organe sont formées de tissu cartilagineux dont l'élasticité échappe à plusieurs des causes habituelles de ces lésions. En second lieu, le larynx jouit au milieu du cou d'une mobilité relativement très grande, ses connexions avec les parties environnantes à l'aide de ligaments lâches, lui permettant des déplacements d'une certaine étendue. Il est surtout intimement uni à la trachée ; mais comme cette dernière forme avec lui une tige flexible, la plupart des inconvénients résultant de ces rapports étroits sont par cela même évités.

Toutefois certaines conditions particulières peuvent favoriser la production des fractures. Elles sont plus fréquentes dans l'enfance ou pendant la jeunesse, probablement parce que à cette période de la vie les sujets sont plus souvent exposés aux causes susceptibles de déterminer ces lésions, telles que chutes, coups de toutes sortes, traumatismes, etc. Mais il n'en est pas moins vrai que l'ossification du larynx, ainsi que l'a fait remarquer autrefois M. Segond, favorise dans une large mesure ces sortes d'accidents.

Une pression vigoureuse exercée de chaque côté du cartilage thyroïde, surtout chez des sujets d'un certain âge, est encore une cause assez fréquente de fracture. J'ai observé quelques exemples de ce genre à la suite d'agressions nocturnes. Les pressions brusques, les chocs sur la partie antérieure faits avec la main, le pied, à plus forte raison avec un instrument contondant, roue de voiture, chutes en avant, coup de pied de cheval, etc., peuvent amener la rupture du cartilage laryngien.

La pendaison détermine assez rarement la fracture de l'organe vocal lui-même. Quant aux fractures par coups de feu, il est difficile de déterminer leur fréquence, car les circonstances dans lesquelles elles se produisent peuvent être extrêmement variables.

Il est enfin permis de considérer comme très problématiques les ruptures cartilagineuses par contraction musculaire violente et rapide. D'après la statistique de Hénocque sur 60 faits analysés par lui, 15 fois la fracture fut consécutive à des violences par compression manuelle ; 26 fois le résultat de chutes ou accidents occasionnés par des machines, des véhicules roulants. Dans cinq cas elle survint chez des fous sans qu'il fût possible d'en déterminer exactement la cause.

Généralement c'est le thyroïde qui est atteint. Plus rarement le cricoïde seul ; quelquefois les deux cartilages en même temps.

Pathogénie. Mécanisme. — Les solutions de continuité de la charpente du larynx s'effectuent suivant deux modes principaux : tantôt il y a écrasement par rapprochement exagéré des lames thyroïdiennes, comme on l'observe à l'occasion d'une violente compression manuelle bi-latérale, tantôt au contraire il y a écartement forcé de ces mêmes surfaces et du moment où l'élasticité du cartilage est dépassée, la section se produit.

Les fractures par écrasement n'ont point besoin d'être expliquées ; elles sont évidemment dues à l'écartement des valves cartilagineuses. Lorsque la cause vulnérante frappe le larynx d'un côté et qu'aucun plan résistant ne vient fixer l'organe du côté opposé, la mobilité dont il jouit lui permet habituellement d'échapper au choc. Au contraire, la fracture se produit aisément si le larynx est atteint d'avant en arrière et se trouve par cela même appliqué contre la colonne vertébrale. C'est ce que l'on observe le plus communément quand le cou est en supination, la tête fortement renversée en arrière ; ces conditions de fixité s'observent encore chez les individus soudainement attaqués qui tendant fortement les muscles du cou, sont frappés dans cette position.

Le cartilage cricoïde doit à sa forme particulière d'être toujours atteint de la même façon. La division se fait ici par éclatement ou par écrasement, qu'il s'agisse de compression digitale ou de l'action d'un corps lourd animé d'une certaine vitesse, pendant que le cricoïde est fixé contre la colonne vertébrale.

Les autres cartilages du larynx, étant donné leur petit volume, ne sauraient être rompus que sous l'influence de causes directes.

Symptomatologie. — Les fractures du larynx se traduisent par deux sortes de symptômes :

Des signes physiques, et des troubles fonctionnels.

A. *Signes physiques.* — Quand on se trouve en présence d'un accident récent et surtout s'il s'agit d'une chute, d'un choc, on constate habituellement une déformation de la région cervicale ; elle consiste en un certain degré d'aplatissement de la partie antérieure du cou par affaissement du cartilage thyroïde. Au contraire, lorsque la fracture a été produite par une violente compression bilatérale, la saillie anguleuse de la ligne médiane est exagérée. Mais la déformation du cou est loin d'être un signe pathognomonique ; outre qu'elle peut faire complètement défaut, il n'est pas rare, même si elle existe, de la trouver tout à fait masquée par le gonflement parfois considérable de la région.

Chez les personnes maigres à cou allongé dont la charpente vocale n'est pas noyée au milieu des parties molles, il est assez facile d'imprimer à l'organe certains mouvements pour se rendre compte par la pression latérale que les lames du thyroïde se rapprochent plus qu'il ne conviendrait par leurs bords postérieurs. On peut même, parfois, sentir directement au niveau de l'angle saillant de ce cartilage une solution de continuité qui avec la mobilité anormale, constitue l'unique symptôme de la fracture, en dehors de tout autre signe

Quelques auteurs disent avoir constaté la crépitation osseuse ou cartilagineuse suivant l'âge du malade et le degré d'ossification des cartilages. Ce symptôme ne manque pas d'avoir une certaine importance diagnostique, mais il est difficile à constater, car la région sur laquelle on opère ne demande pas à être trop malaxée, à cause des accidents immédiats qui pourraient résulter de ces sortes de manœuvres. Dans tous les cas, si l'on recherche la crépitation il faudra bien se rappeler qu'elle doit être distinguée de

celle qui se produit à l'état normal, quand on frotte contre la colonne vertébrale les grandes cornes du cartilage thyroïde.

Ordinairement, si la muqueuse vocale a été intéressée, il survient un certain degré d'emphysème localisé au cou ou généralisé au visage et à la partie supérieure du thorax, suivant l'importance de la fracture et de la solution de continuité de la muqueuse.

Quant aux plaies par armes à feu, elles s'accompagnent en général de délabrements variés qui ne sauraient se prêter à une description méthodique.

Assez souvent l'examen laryngoscopique peut éclairer le diagnostic et l'on peut s'étonner avec raison que les auteurs soient muets sur ce genre d'investigations. Le miroir bien appliqué permettra souvent de voir à l'intérieur du larynx une déformation venant confirmer celle que l'on aurait pu remarquer par la palpation externe. Dans tous les cas, l'examen direct, s'il est pratiqué à une époque rapprochée de l'accident, fait constater l'existence d'une ecchymose plus ou moins diffuse occupant non seulement l'organe vocal, mais souvent même l'entrée des voies aériennes, la paroi pharyngienne et la trachée, lorsque cette dernière est visible à l'examen laryngoscopique. Ces ecchymoses sont même en général visibles à l'extérieur, sous la peau qui prend une teinte violacée ou même rougeâtre, dans les cas de fortes contusions.

B. *Symptômes fonctionnels.* — Un des premiers caractères des fractures du larynx est la douleur spontanée ressentie par les malades. Quelquefois très vive au début, elle se modère rapidement et disparaît même assez vite. Il est assez habituel de voir reparaître ce symptôme lorsque le larynx se meut, à l'occasion de la déglutition ou dans les mouvements du cou. La douleur est également très marquée au moment de l'exploration locale et à l'occasion des moindres attouchements provoqués au niveau des parties atteintes. L'accident le plus grave et le plus immédiat est sans contredit la gêne respiratoire qui constitue le symptôme capital des fractures de l'organe vocal. Son intensité varie sui-

vant l'importance et la nature de la lésion ; il peut même manquer dans certains cas.

Si le larynx a été le siège de graves altérations, l'asphyxie peut être immédiate, non seulement par accolement des parois pendant l'effort inspiratoire, mais encore par ce fait que les cordes vocales désinsérées à l'une ou l'autre de leurs extrémités, viennent apporter un obstacle à la pénétration de l'air dans le canal aérien. La luxation de l'un des aryténoïdes, ou même des deux avec la chute dans l'intérieur du larynx est aussi une cause de sténose glottique.

Toutes ces lésions combinées exposent sérieusement les malades à une suffocation immédiate dont on observe alors les phénomènes caractéristiques, tels que la teinte cyanotique du visage, le refroidissement de la peau, la petitesse du pouls, etc.

La marche des troubles respiratoires est très variable ; tantôt considérables dès le début, au point d'entraîner une terminaison fatale, ils sont d'autres fois peu marqués au moment de l'accident et ils n'augmentent guère d'intensité qu'après vingt-quatre ou quarante-huit heures. Dans ces cas l'aggravation est occasionnée par le gonflement des points lésés, l'œdème généralisé de la muqueuse vocale ou l'emphysème concomitant. On a même vu chez des malades en bonne voie de guérison, l'asphyxie se produire brusquement, soit par déplacement d'un fragment subitement mobilisé, soit par luxation aryténoïdienne.

Les troubles vocaux dépendent des altérations des cordes qui peuvent avoir perdu leur point d'appui, être déchirées ou endommagées à différents degrés ou simplement tuméfiées.

La déglutition par suite de l'attrition des parties est généralement douloureuse ; les efforts faits par le malade pour avaler sont pénibles, ainsi que ceux qui accompagnent l'action de parler.

Au début de l'accident, l'expectoration est généralement sanguinolente, on peut même constater l'existence de crachats tout à fait sanglants ; si le foyer de la fracture communique avec l'extérieur par une plaie de la muqueuse ou de la peau, la sécrétion ne tarde pas à devenir purulente, fétide même, par sphacèle des parties dilacérées.

DIAGNOSTIC. — L'existence des fractures du larynx est parfois très facile à déterminer, par exemple lorsqu'on constate la déformation de la région antérieure du cou, ou bien lorsqu'on peut sentir la crépitation et imprimer aux fragments une mobilité anormale.

Par contre l'existence d'une ecchymose extra ou intralaryngée ne peut suffire pour établir le diagnostic de la fracture, pas plus que la douleur ou les autres symptômes fonctionnels.

L'examen laryngoscopique démontrant le déplacement des cartilages vocaux servira également à établir la nature exacte de la lésion ; l'expectoration sanguinolente et surtout l'infiltration d'air dans les tissus sont des signes importants surtout en y adjoignant les commémoratifs de l'accident. Il est incontestable cependant que des lésions légères, de simples fêlures sans déplacement des cartilages peuvent passer inaperçues ou être confondues avec une contusion.

La radiographie pourra, dans quelques cas, fournir des indications précieuses.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La charpente du larynx est, comme on le sait, constituée par quatre pièces principales, deux impaires, le cricoïde et le thyroïde, et deux paires, les aryténoïdes.

La rupture du cricoïde occupe soit la partie postérieure (chaton), soit les côtés ou la partie antérieure de cet anneau. Le trait de la fracture a généralement une direction verticale ou légèrement oblique, intéressant le cartilage dans toute sa hauteur.

Si la solution de continuité est unique, elle siège presque toujours en arrière, près de la ligne médiane ; si les fractures sont multiples, elles sont disséminées sur divers points du cricoïde. Dans un cas signalé par Fredet on en distinguait trois, une médiane et postérieure, avait des bords aussi nets que si la section eût été faite avec un instrument tranchant ; les deux autres, à droite et à gauche, en avant et sur les parties latérales du cartilage, étaient obliques de haut en bas et d'avant en arrière, avec dépression de chaque côté, produite par le chevauchement du fragment postérieur.

Les fractures du thyroïde, si elles intéressent toute l'épaisseur du cartilage, n'occupent pas fatalement toute sa hauteur ; la déchirure peut être rectiligne, en forme d'S, verticale ou oblique.

Les fractures complètes sont les plus communes mais leur siège est variable. Tantôt ce sont les cornes du thyroïde qui ont été détachées; tantôt au contraire, l'une des lames a été divisée. La lésion est unique, cas le plus fréquent, mais on peut aussi constater l'existence de véritables fractures comminutives, le cartilage ayant été pour ainsi dire écrasé. J'ai vu se produire un fait de ce genre à la suite d'un coup de pied de cheval.

Déjà en 1859, Cavasse faisait remarquer que la division unique du cartilage affectait un type assez régulier et cet auteur croyait pouvoir expliquer cette régularité par l'existence du cartilage médian de Rambaud qui, placé entre les deux lames, conserverait assez longtemps une indépendance relative et ne se confondrait avec elles qu'au moment de l'ossification. D'après cet auteur, on observerait le plus souvent pour ce motif des ruptures latérales dans l'adolescence, tandis que plus tard, on aurait surtout affaire à des cassures médianes. Cette théorie parait avoir reçu sa confirmation des faits expérimentaux. Toutefois cette régularité dans la fracture souffre bien des exceptions. Très souvent la solution de continuité ne suit pas les règles que paraissait devoir lui imposer la théorie.

Quant aux lésions multiples, elles échappent à toute description particulière.

Les altérations des parties molles sont variables. Le périchondre est parfois conservé ; d'autres fois au contraire, il est lésé soit en dehors, soit en dedans.

Langlet avait même tiré du siège de cette altération d'ingénieuses descriptions sur le mécanisme de la fracture. Quand la membrane de revêtement était intacte sur sa face externe, cela signifiait d'après cet auteur que la fracture avait été produite par propulsion directe ; quand au contraire c'était le périchondre interne qui avait été épargné, cette intégrité témoignait que la solution de continuité était le résultat du rapprochement exagéré des lames thyroïdiennes. Suivant que le périchondre a

été plus ou moins respecté, l'écartement des fragments cartilagineux est plus ou moins considérable; presque nul dans quelques cas, il peut dans d'autres permettre l'introduction du doigt dans le larynx.

La muqueuse laryngienne et aussi les muscles peuvent être contusionnés, ecchymosés et même déchiquetés sur une assez grande étendue, ce qui favorise éminemment la production de l'emphysème consécutif.

Si la cause vulnérante a agi avec une certaine violence, ou si son action s'est produite sur une surface relativement grande, on peut constater l'altération des cartilages voisins; c'est ainsi que l'os hyoïde et la trachée peuvent être lésés.

Citons encore comme cas exceptionnels ceux où la fracture est accompagnée de plaie de l'œsophage, de rupture de la jugulaire, du maxillaire inférieur, de la clavicule, etc.

Marche et pronostic. — Si le traumatisme doit guérir, la guérison s'opère suivant deux procédés différents. Ou bien le squelette du larynx est encore cartilagineux, et les fragments peuvent être réunis par le tissu osseux ou cartilagineux de nouvelle formation. Si le cartilage est ossifié, la consolidation se fait pour cette variété d'os plats comme pour les os longs.

Il est évident qu'un foyer de suppuration développé au niveau du siège de la fracture ou dans son voisinage, devra retarder ou entraver même complètement le travail de consolidation.

Si l'évacuation du pus s'opère rapidement, le travail de réparation sera simplement retardé; si au contraire la collection purulente persiste, elle est susceptible de produire des désordres graves, tels que carie et nécrose des fragments avec périchondrite et fistules consécutives.

Le pronostic varie donc beaucoup suivant l'importance de la lésion, son étendue, et aussi suivant que l'on intervient plus ou moins hâtivement.

D'une façon générale le pronostic de ces fractures est extrêmement grave, car d'après les statistiques des différents auteurs qui

se sont occupés de la question, c'est à peine si 12 à 15 p. 100 des malades atteints survivent à leur traumatisme.

Ordinairement, les lésions du cricoïde sont de beaucoup les plus graves. L'explication en est fournie par ce fait que l'effondrement de ce cartilage et l'infiltration sous-glottique qui en résulte déterminent une asphyxie rapide.

Lorsque la guérison s'opère, le pronostic n'est pas toujours favorable, car la cicatrice vicieuse peut laisser après elle une sténose définitive nécessitant le maintien permanent d'une canule. Nous verrons plus loin que ces rétrécissements pourront être avantageusement combattus par un traitement approprié.

Traitement. — Il est incontestable que le plus grand danger auquel le malade est exposé après un traumatisme du larynx est l'asphyxie ; or, pour éviter cette dernière, le seul moyen véritablement efficace est la trachéotomie. Il s'agit simplement de savoir s'il faut pratiquer rapidement l'opération ou attendre que le blessé soit en danger d'asphyxie ? S'il n'existe aucune déformation du cou, si la voix n'est pas altérée et si les troubles respiratoires sont peu marqués, on sera autorisé à temporiser, tout en surveillant le malade avec beaucoup d'attention. Du reste l'examen laryngoscopique sera en pareil cas le meilleur guide pour fixer sur les indications opératoires ou l'abstention.

Si l'orifice glottique est fortement rétréci, soit par le chevauchement des fragments, soit par l'infiltration œdémateuse, l'ouverture des voies aériennes s'impose d'urgence, car le moindre retard peut occasionner la mort du blessé.

La trachéotomie peut encore avoir des indications longtemps après l'accident, lorsqu'une consolidation vicieuse a produit une sténose laryngée suffisante pour empêcher la respiration de s'effectuer convenablement.

Une fois la trachéotomie faite, il convient de savoir si l'on doit se borner à dilater la partie rétrécie ou si au contraire il faut essayer de remettre les fragments en place en pratiquant la section du larynx (thyrotomie médiane), ainsi que l'a conseillé autrefois M. Panas. On comprend combien il est difficile de poser des règles

absolues à cet égard, le chirurgien devant se laisser guider par les événements et les cas en présence desquels il se trouve (Voir Laryngo-sténoses, p. 373).

LARYNGITE CATARRHALE AIGUE

On désigne ainsi le catarrhe aigu de la muqueuse laryngée.

Étiologie. — Les causes sont le refroidissement, par contact direct de l'air froid sur le larynx, ou l'action indirecte de cet agent sur une partie du corps (froid aux pieds).

Les inflammations aiguës de la muqueuse laryngée sont assez fréquentes chez les personnes habituées à tenir leur gorge constamment couverte à l'aide d'un cache-nez ou d'un foulard; le surchauffage du cou rend dans ces cas la région très impressionnable de sorte que le moindre courant d'air suffit pour faire éclore ou, entretenir l'inflammation de la muqueuse vocale; les gaz ou vapeurs irritantes, la fumée du tabac chez les fumeurs qui débutent, les boissons trop chaudes, la pénétration accidentelle de liquide dans le larynx sont autant de causes de cette affection.

Dans la plupart des cas, la laryngite succède soit à un coryza, une angine aiguë, ou au contraire à une trachéite. Les écarts de régime, les excès de boisson ou de coït peuvent aussi la faire apparaître ou tout au moins favoriser son éclosion.

Enfin, on la rencontre souvent au début de certaines fièvres éruptives telles que la rougeole, la scarlatine, le coryza aigu périodique, dont elle est un des principaux symptômes. Fréquente chez les rhumatisants et chez les personnes ayant une vie sédentaire, elle apparaît également de préférence à certaines saisons et dans les climats humides; l'âge des malades ne paraît pas avoir une influence bien nette sur son développement.

Symptomes. — A. *Généraux.* — Habituellement très peu marqués, ils consistent en un simple malaise assez semblable à celui que l'on éprouve au début d'un refroidissement; quelquefois même il peuvent passer tout à fait inaperçus.

B. *Les symptômes fonctionnels* sont au contraire plus importants ; ils sont surtout caractérisés par une sensation de chaleur à l'arrière-gorge. L'air respiré paraît froid, produisant comme une brûlure ; aussi le malade, pour permettre à l'air de se réchauffer, respire-t-il autant que possible par le nez.

La toux est également sèche, très brève, parfois quinteuse, peu ou pas douloureuse ; elle détermine d'autres fois une sensation de déchirement pénible, surtout lorsque la muqueuse trachéale est atteinte.

La sécrétion, nulle au début, si le larynx seul est atteint, apparaît lorsque l'inflammation a gagné la trachée, elle est alors visqueuse ou purulente et épaisse. L'expectoration peut même être striée de sang dans les formes très aiguës.

La voix très peu altérée, si l'irritation laryngée est simplement vestibulaire, devient au contraire enrouée, rauque ou aphone, lorsque l'inflammation occupe les rubans vocaux ; on observe alors cette véritable asynergie vocale sur laquelle Krisabert avait autrefois insisté.

Dans les formes légères, la respiration n'est pas gênée ; lorsqu'apparaissent la dyspnée, les spasmes glottiques avec accès de suffocation, c'est qu'on est en présence d'une laryngite intense, variété sous-glottique particulière aux enfants.

C. *Examen du larynx.* — L'examen fournira des résultats tout à fait différents, suivant l'intensité du processus infectieux et suivant le moment où il sera pratiqué.

Au début, on constate l'existence d'une hypérémie diffuse de toute la muqueuse vocale, non seulement sur la face postérieure de l'opercule glottique, mais aussi sur les bandes ventriculaires, les aryténoïdes et les cordes vocales inférieures ; ces dernières sont d'un rose plus ou moins foncé, inégales à leur surface, ou plutôt dépolies, comme si elles avaient été frottées avec un papier de verre à grain assez fin.

Dans certains cas, la rougeur au lieu d'être diffuse n'existe que par places, comme si l'on avait coloré les cordes avec du carmin, à petits coups de pinceau ; d'autres fois, surtout chez les alcoo-

liques, on constate un léger épaississement avec aspect chassieux (Isambert) (véritables crapulites aiguës). On peut également voir se produire des érosions grisâtres, opalines, entourées d'un réseau rouge assez vif et enflammé, et même des ulcérations superficielles occupant habituellement la partie postérieure des cordes sur leur bord interne, au niveau de leur insertion sur l'apophyse vocale aryténoïdienne, leur face supérieure ou le bord libre vers le tiers antérieur. J'ai également constaté chez quelques arthritiques de véritables raghades avec épaississement de la muqueuse inter-aryténoïdienne qui paraissait alors comme boursouflée, épaissie, mamelonnée et d'un rouge très vif, souvent recouverte de sécrétions visqueuses

Enfin il n'est pas rare de constater l'existence de troubles musculaires dont il est facile de reconnaître la présence au défaut de parallélisme des cordes, au moment de la phonation. Les muscles le plus souvent atteints sont les thyro-aryténoïdiens et l'ary-aryténoïdien (Moure). On ne s'étonnera pas de ce fait, si l'on songe que ce sont les deux muscles du larynx les plus exposés puisqu'ils sont directement placés au-dessous de la muqueuse vocale.

Marche. Durée. Terminaison. — La laryngite catarrhale aiguë a ordinairement une marche régulière ; vers le deuxième ou troisième jour, elle atteint pour ainsi dire son maximum d'intensité, elle dure ainsi huit à douze jours, suivant les cas, puis elle diminue graduellement et tout rentre dans l'ordre en un laps de temps qui varie entre dix et quinze jours. Toutefois, la persistance des causes déterminantes peut entretenir les troubles inflammatoires et faire passer à l'état chronique un simple catarrhe aigu de la muqueuse vocale.

De même chez les fumeurs et chez quelques sujets faisant un usage exagéré de leur voix, la laryngite peut durer plusieurs semaines et même plus d'un mois.

Diagnostic. — Le diagnostic du catarrhe aigu laryngé est habituellement facile ; les anamnestiques d'une part, les symptômes subjectifs et objectifs d'une autre, permettent habituellement

d'établir son opinion d'une façon précise. Seules, certaines laryngites grippales pourraient au début en imposer pour une simple inflammation aiguë de la muqueuse vocale. Nous verrons plus loin à quels symptômes il sera possible de reconnaître cette infection.

Pronostic. — Le pronostic est bénin chez l'adulte puisque dans les formes légères la guérison est toujours la règle. Par contre, l'affection est plus grave chez les chanteurs ou les personnes obligées de faire usage de leur voix pour l'exercice de leur profession. Il est assez habituel de voir persister chez elles, pendant assez longtemps, des troubles vocaux d'intensité variable. Très souvent aussi les chanteurs reprennent leur travail avant que les cordes soient revenues à leur état normal. Il résulte de ces imprudences des laryngites graves, dont la perte du timbre peut être la conséquence.

Traitement. — Le catarrhe aigu du larynx est soumis aux mêmes règles que celui des autres muqueuses. Habituellement l'expectation et une hygiène bien réglée suffisent pour le guérir. Du reste, dans les formes légères, on est rarement consulté, les malades ayant l'habitude de se soigner eux-mêmes.

Dans les cas plus graves, on devra d'abord recommander le repos absolu de l'organe atteint, c'est-à-dire le silence ; il sera utile de faire garder la chambre qui sera maintenue à une température moyenne et constante de 15 à 20°.

On prescrira des boissons et des inhalations chaudes et sédatives. Il est encore recommandé de recouvrir le cou avec des compresses chaudes ou de préférence avec de la ouate.

Les inhalations émollientes seront prescrites de la façon suivante :

Espèces aromatiques . . . . 30 grammes

à faire bouillir dans un litre d'eau. On pourra ajouter, au moment de faire la fumigation, une cuillerée à café de la solution avec :

Menthol pulvérisé. . . .	} àà	5 grammes
Baume du Pérou		
Teinture d'eucalyptus		250 »

Ces inhalations seront faites, suivant les cas, une ou deux fois par jour pendant trois à cinq minutes, au maximum. Il sera préférable, au début, de ne pas employer l'eau trop chaude, de manière à ne pas avoir une évaporation trop considérable qui provoquerait la



Fig. 86. — Inhalateur aseptique stérilisable à double jeu de soupapes (modèle du Dr Moure).

toux. Il est de règle de voir le malade s'habituer rapidement à l'emploi de ce médicament et faire usage d'eau absolument bouillante. Il faudra lui recommander de se servir d'un cornet en carton ou en papier épais, placé au-dessus de la bouillotte, de manière à n'inhaler que par le nez et par la bouche; il tiendra aussi ses yeux en dehors du réservoir destiné à fournir les vapeurs mentholées.

J'ai obtenu des résultats satisfaisants et assez rapides avec la formule suivante :

Potion avec :

Alcoolat de racine d'aconit	1	gramme
Bromure de potassium ou salicylate de soude	2	»
Benzoate de soude, de benjoin	4	»
Sirop thébaïque.	30	»
Eau de laurier-cerise	10	»
Eau de tilleul.	120	»

Trois ou quatre grandes cuillerées par jour dans une infusion chaude.

Il est recommandé de s'abstenir de toute intervention locale pendant la période aiguë de la laryngite. De même, si l'inflammation est survenue au moment des règles, on ne devra faire aucun attouchement de la muqueuse laryngée, tant que la perte sanguine n'aura pas complètement disparu.

Fig. 87. — Porte-ouate laryngien du Dr Killian.

Par contre, lorsque les phénomènes aigus ont à peu près fini d'évoluer, c'est-à-dire après huit, dix, douze jours, on pourra toucher le larynx avec une solution de chlorure de zinc au 1/100 ou 1/50, qui très rapidement fera reprendre à la muqueuse vocale son aspect normal.

Lorsqu'on se trouvera en présence d'une laryngite à répétition, on n'oubliera pas d'examiner avec soin les fosses nasales, les cavités accessoires ou le naso-pharynx du malade, pour rechercher s'il n'existe pas d'altérations susceptibles d'expliquer l'apparition de ces poussées catarrhales fréquentes.

RUPTURE DU THYRO-ARYTÉNOIDIEN

(*Coup de fouet laryngien.*)

Comme corollaire à la laryngite catarrhale aiguë, je crois devoir décrire une affection encore assez mal connue, qui n'a pas été étudiée jusqu'à présent. J'en avais déjà fait mention dans mes *Leçons* sur les maladies du larynx (Paris 1890) à propos d'un cas observé à ma clinique et publié par le Dr Lacoarret. Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion de rencontrer un certain nombre de fois cette altération morbide, ce qui me permet de pouvoir en fixer les symptômes cliniques, fonctionnels et objectifs.

Étiologie. — Les causes habituelles de ces sortes de ruptures, toujours unilatérales, sont les efforts vocaux exagérés à la suite d'une fatigue ou d'un enrouement antérieur. Le fait peut se produire chez des chanteurs demandant un excès de travail momentané à leur larynx. J'ai également vu cet accident survenir pendant des accès de colère violente et même chez un avocat pendant une plaidoirie au cours de laquelle malgré une fatigue évidente, il cherchait à émettre des sons exagérés.

Symptomes. — Le symptôme capital est la brusquerie du début, alors que le malade est simplement un peu enroué ou simplement fatigué, il ressent tout à coup, pendant un effort plus violent que les autres, une douleur très vive du côté du larynx et immédiatement la voix se couvre, se voile, le malade est à peu près aphone ou dans tous les cas dans l'impossibilité absolue de parler à haute voix et à plus forte raison de chanter. On peut croire d'abord à une simple congestion du larynx, car la douleur disparaît assez rapidement et seuls les troubles vocaux persistent toujours aussi intenses qu'au moment de l'accident.

A l'examen laryngoscopique, les lésions varient suivant qu'on examine le malade aussitôt après son coup de fouet laryngien ou quelques jours après. Durant les premiers jours, la corde vocale

atteinte est non seulement le siège d'une hémorragie violente, mais elle est tuméfiée, au point d'avoir triplé ou quadruplé de volume, ressemblant à s'y méprendre à la lésion décrite sous le nom de chordite tubéreuse (chorditis tuberosa). Elle est irrégulière à sa surface, comme granitée et rouge dans toute sa longueur. Pas d'œdème des parties voisines, les replis, les bandes ventriculaires et la région sous-glottique sont intacts. Le rapprochement des deux cordes vocales se fait parfaitement bien. A mesure que la lésion rétrocède, c'est-à-dire en l'espace d'un mois au moins, la corde reprend peu à peu son volume normal, tout en restant rouge et éraillée, puis graduellement on la voit devenir grisâtre et légèrement terne. Dans les cas graves on aperçoit dans le point où s'est faite la rupture une véritable encoche, qui chez tous mes malades occupait le tiers antérieur (point nodulaire) de la corde vocale.

Habituellement les troubles vocaux vont en s'améliorant, mais lorsque l'accident se produit chez un chanteur il laisse toujours une voix fragile qui risque de se fatiguer assez vite; souvent même le timbre risque d'avoir perdu un peu de sa pureté et surtout de son mordant. Chez les autres professionnels de la voix, artistes, avocats, prédicateurs, etc., la voix revient assez claire et assez sonore pour que le malade puisse continuer à faire usage de son larynx comme il le faisait avant son accident. Il faut toutefois compter sur plusieurs mois de repos et de traitement avant que la corde malade reprenne son aspect à peu près normal.

Le pronostic n'est grave que chez les chanteurs dont la carrière peut être compromise par le fait de cette lésion. De même chez les alcooliques ou chez les personnes obligées de parler malgré leur accident, le retour de la voix sera très problématique.

Anatomie pathologique. — Bien que je n'ai pas eu l'occasion de faire l'autopsie de malades porteurs de cette lésion, j'estime étant donné le début de l'affection, sa marche, sa durée et l'aspect du larynx, qu'il s'agit dans ces cas ou d'une rupture veineuse (formes

légères) ou même d'une rupture de quelques fibres du thyro-aryténoïdien (formes graves). Il est facile de comprendre que les muscles du larynx puissent être exposés aux mêmes accidents que ceux des jambes ou des bras et subissent dans un moment d'effort brusque et violent un véritable coup de fouet.

Diagnostic. — Il repose sur l'apparition subite de l'affection et sur sa marche plutôt que sur l'examen laryngoscopique seul ; ce dernier est évidemment des plus trompeurs si l'œil du praticien n'est pas très exercé et s'il n'a pas les anamnestiques qui lui permettent de reconnaître les altérations morbides qu'il a sous les yeux. Dans les cas graves, lorsque tout est rentré dans l'ordre, on retrouve encore sur la corde lésée une sorte d'encoche qui fait reconnaître la nature de la chordite observée.

Traitement. — Le point principal du traitement est le repos de l'organe : mettre le malade au silence aussi absolu que possible, de manière à favoriser la résolution de l'irritation locale causée par le traumatisme. Des fomentations chaudes au-devant du cou pendant les premiers jours qui suivent l'accident et des inhalations, seront encore un excellent moyen de combattre l'irritation du larynx. A mesure que l'on s'éloigne de l'accident on est autorisé à pratiquer sur la corde vocale atteinte des attouchements légers avec du chlorure de zinc ou du nitrate d'argent en solution au 1/50e ou au 1/30e. Il est inutile de dépasser ces doses, car il faut le temps nécessaire pour que la nature fasse son œuvre de réparation, aussi n'y a-t-il aucun intérêt à agir énergiquement tant que la cicatrisation marche d'une façon normale.

A la deuxième période, c'est-à-dire quinze à vingt-cinq jours après l'accident, on remplacera les inhalations par des pulvérisations qui pourront être faites avec la formule déjà indiquée à propos de la laryngite grippale (voir p. 331).

Enfin, lorsque la corde paraîtra avoir repris sa forme et sa coloration normales, c'est-à-dire après plusieurs mois, le malade pourra reprendre ses occupations avec beaucoup de ménagements, de manière à ne pas surmener un organe qui restera encore fragile pendant assez longtemps.

ÉPIGLOTTITE

L'inflammation aiguë de la muqueuse laryngée se localise dans quelques cas à l'épiglotte, pour constituer ainsi une forme spéciale que quelques auteurs, Isambert, Morell-Mackenzie, Ziemsem, etc., ont décrites séparément.

Étiologie. — On doit ajouter aux causes habituelles de la laryngite aiguë, l'ingestion de liquides trop chauds. Aussi l'affection est-elle assez fréquente dans certains pays d'Amérique, où les enfants ont la mauvaise habitude de boire à la théière le thé encore bouillant. L'épiglottite peut aussi résulter de l'ingestion de liquides caustiques ou irritants (soude, potasse, etc., ammoniaque, acides variés, solutions concentrées de sublimé) pénétrant jusqu'à l'entrée des voies digestives et aériennes.

Symptômes. — Les symptômes fonctionnels sont beaucoup plus intenses que dans la laryngite simple. C'est ainsi qu'il existe très rapidement une sensation de douleur ou plutôt de corps étranger à l'arrière-gorge. La pression au niveau du larynx est douloureuse, ainsi que les mouvements de déglutition, surtout à vide, et même la phonation. Si l'inflammation est un peu vive, il n'est pas rare de voir la douleur se propager vers l'une ou même les deux oreilles. La voix, altérée dans son timbre, est simplement abaissée comme tonalité ou étouffée.

Habituellement, il n'existe pas de gêne respiratoire; toutefois, si l'épiglotte était fortement congestionnée et même œdémateuse, elle pourrait retomber sur l'entrée du larynx, et chez les jeunes enfants, obstruer son ouverture au moment de l'inspiration. Elle agirait alors comme une véritable soupape gênant l'entrée de l'air dans les voies aériennes.

Au *laryngoscope*, on constate, en général, sur la face linguale de l'épiglotte, une saillie globuleuse, rouge, ou tout au moins blanc rosé, faisant ressembler l'opercule glottique au museau de

tanche utérin. Sa surface est irrégulière, légèrement granuleuse; souvent l'amygdale pré-épiglottique participe dans ce cas au processus inflammatoire.

Diagnostic. — L'aspect de la lésion, sa marche, ses débuts, suffisent, ordinairement, pour permettre de reconnaître sa nature. Tout au plus, pourrait-on songer à l'existence d'un corps étranger: aiguille, arête, implanté dans l'épiglotte, ou à une inflammation par éraillure de sa muqueuse, au moment du passage d'un bol alimentaire un peu dur.

Traitement. — Le catarrhe aigu de l'épiglotte doit être traité comme celui du larynx; ici, toutefois, on pourra faire usage de gargarismes qui, bien employés, atteindront la surface malade. Il faudra se rappeler que c'est un véritable bain de gorge qu'il faut donner. On assurera la pénétration profonde du liquide en recommandant au malade de prononcer les deux syllabes glou-glou. On fera ainsi, comme l'a fort bien dit M. Moura-Bourouillou, non du gargarisme, mais du glou-glourisme.

Les médications sédatives, dont nous avons donné la formule plus haut, seront également mises en usage. S'il existait un œdème trop considérable on devrait scarifier l'épiglotte soit au galvanocautère, soit en enlevant une partie de sa surface avec la pince coupante de Moritz-Schmidt ou de Gouguenhein.

Il est inutile d'ajouter que si la respiration était compromise, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer la trachéotomie, tout au moins le tubage du larynx pour assurer l'entrée de l'air dans les voies aériennes.

LARYNGITE APHTEUSE

Les aphtes sont des lésions assez fréquentes dans la bouche, sur les gencives, les lèvres, la langue, les joues, voire même le voile du palais et la luette. On a trouvé aussi quelques érosions aphteuses sur les amygdales ou les piliers et certains auteurs ont signalé leur présence sur les muqueuses œsophagiennes, stomacales et intestinales.

Par contre, je ne crois pas que la laryngite aphteuse ait jamais été décrite. J'ai eu l'occasion d'en rencontrer quelques cas dont j'ai fait rapporter les observations par un de mes élèves, le Dr de La Combe, en 1899. Depuis cette époque j'ai eu l'occasion de voir quelques nouveaux faits qui m'ont prouvé une fois de plus que les aphtes pouvaient très bien se localiser sur la muqueuse vocale, et que cette affection méritait une description spéciale.

Étiologie. — L'étiologie de cette éruption ne diffère en rien de celle de la stomatite aphteuse. C'est ainsi que les aliments épicés ou faisandés, les coquillages, les poissons altérés paraissent être les causes les plus habituelles de la maladie.

Il est possible que la propagation au larynx se fasse par auto-inoculation, la salive servant le plus souvent de véhicule à l'agent infectieux (de la Combe). Aussi est-ce surtout à l'entrée du larynx, du vestibule de cet organe, que les lésions sont le plus fréquentes.

Symptômes. — Le symptôme qui domine cette manifestation est sans contredit la douleur à la déglutition qui est des plus intenses et attire rapidement l'attention du malade, faisant qu'il se préoccupe de ce trouble extrêmement prononcé.

Chez les enfants, la douleur est telle qu'ils refusent de boire et de manger. Chez l'adulte, les mouvements de déglutition sont extrêmement pénibles, surtout lorsqu'il s'agit d'avaler la salive ou des mets un peu épicés, tels que bouillon, jus de viande, etc.

Il n'existe ordinairement aucun symptôme général : il est assez habituel de voir coïncider avec la lésion du larynx des aphtes occupant la cavité buccale (bords de la langue ou la face interne des lèvres), ce qui révèle aussitôt la nature de l'affection laryngée.

L'aphte très discret (2 à 3 au maximum) revêt ici ses caractères habituels. Au début, c'est une sorte de petite tache grisâtre, d'aspect assez régulier, ovalaire, entourée d'une auréole très rouge, sans infiltration périphérique. Il occupe fréquemment les bords de l'épiglotte, les replis glosso-épiglottiques, voire même les replis ary-épiglottiques ou la région aryténoïdienne.

Diagnostic. — Les plaques muqueuses de la laryngite syphilitique sont également superficielles, opalines, mais beaucoup plus irrégulières dans leur forme et surtout bien moins douloureuses, occasionnant une simple gêne à l'arrière-gorge, plutôt qu'une véritable douleur.

L'herpès qui, au premier aspect, pourrait être confondu avec les aphtes, s'annonce habituellement par un violent accès de fièvre, par des taches plus considérables, plus érosives et habituellement multiples. Il est rare que l'herpès n'évolue pas en même temps sur le voile du palais, les piliers, souvent même sur les lèvres.

Le muguet n'a qu'une ressemblance très lointaine avec l'affection qui nous occupe.

Quant au pemphygus il se présente avec des caractères très nets qui ne permettent guère de le confondre avec l'aphte.

Traitement. — Le traitement consistera surtout à éviter soigneusement tous les mets épicés ou faisandés, les coquillages, le poisson, en un mot tous les aliments irritants. Le malade sera mis à un régime alcalin, eau de Vichy, lait, œufs; il faudra surtout au point de vue alimentaire surveiller les récidives. Si la dysphagie est trop intense, on se trouvera bien de toucher la partie érodée avec un peu de nitrate d'argent fondu à l'extrémité d'un stylet ou avec un petit crayon de sulfate de cuivre. Pour calmer la dysphagie, on prescrira des gargarismes alcalins cocaïnés, ou même une insufflation de poudre d'orthoforme sur la partie malade.

La lésion étant ordinairement très éphémère, il n'y a pas lieu de s'en préoccuper outre mesure; il est bon cependant d'en connaître l'existence pour donner au malade l'explication de sa dysphagie et savoir appliquer le traitement qui rapidement guérira l'affection et préviendra son retour.

LARYNGITE ŒDÉMATEUSE AIGUË

Comme je l'ai déjà fait dans mes leçons sur les maladies du larynx, en 1890, je crois devoir conserver ce chapitre, et décrire

séparément la laryngite œdémateuse aiguë, affection primitive et autonome, et étudier ensuite ce même symptôme observé dans le cours d'une série de laryngopathies.

Qu'on la considère avec Bouillaud, Cruveilhier, Ruault et quelques autres auteurs, comme une laryngite phlegmoneuse primitive se terminant par résolution, ou comme une simple inflammation œdémateuse de la muqueuse vocale, peu importe ; il n'en est pas moins vrai que chez certains sujets le mouvement fluxionnaire aigu atteint une intensité suffisante pour constituer à lui seul toute l'affection et mériter alors une description spéciale.

Étiologie. — A. *Œdème primitif.* — La cause principale de l'infiltration séreuse de la muqueuse du larynx, est incontestablement le froid.

La fatigue vocale exagérée peut également produire l'apparition de cet œdème aigu (Semon). De même, l'ingestion des liquides bouillants ou caustiques, portés volontairement ou non dans la gorge, l'introduction de corps étrangers : os, arêtes, etc., sont autant de causes capables d'occasionner des accidents inflammatoires aigus rapides du côté de l'organe vocal. Certaines tentatives opératoires maladroites ou trop souvent répétées, l'application même de solutions concentrées de cocaïne ou d'adrénaline (Moure), les traumatismes extérieurs (Gibb, Holthouse, Charazac, etc.), et enfin les opérations pratiquées sur le larynx par la voie externe (thyrotomie, cricotomie, etc.) peuvent déterminer l'apparition de suffusions séreuses aiguës. La laryngite œdémateuse primitive a été également observée à la suite de l'absorption de certains médicaments, tels que l'iodure de potassium (Fauvel, Huchard). L'affection paraît être plus fréquente chez les hommes et à l'âge moyen de la vie.

B. *Œdèmes secondaires.* — Ils peuvent être consécutifs à des lésions de voisinage, ou à l'altération d'organes éloignés ; c'est ainsi qu'on les observe dans l'abcès rétro-pharyngien inférieur ou dans les productions purulentes de la base de la langue. Ils se montrent encore à la suite d'angines aiguës, d'ulcérations tuber-

culeuses ou syphilitiques du larynx, de périchondrite, d'inflammation ganglionnaire du cou. Ils accompagnent souvent l'angine de Ludwig, les furoncles, les anthrax de cette région. De même, on les observe dans certaines inflammations de la colonne vertébrale et dans les anévrysmes de l'aorte.

L'érisypèle se manifeste avec assez de fréquence du côté de l'organe vocal. M. Masseï, de Naples, a même soutenu avec beaucoup d'autres auteurs, que la laryngite œdémateuse idiopathique était un érisypèle primitif de cette région; la chose est possible dans bien des cas. Dans certaines fièvres éruptives, telles que la variole, la rougeole, de même que dans la fièvre typhoïde, l'œdème de la muqueuse vocale n'est pas absolument rare. Sestier l'a également signalé dans le choléra, et j'ai pu moi-même constater un exemple de ce genre il y a déjà plusieurs années.

On le rencontre encore comme complication de la laryngite grippale, de même qu'on l'a observé dans le mal de Bright (Fauvel, Gibb, Sohrœtter, Masseï, etc.). On a enfin signalé la présence de ce symptôme dans la pyohémie, l'endocardite ulcéreuse, et même dans quelques lésions du cœur droit. Comme la plupart de ces œdèmes secondaires seront décrits à propos des infections dans lesquelles on les rencontre, nous nous occuperons spécialement ici de la suffusion séreuse aiguë et primitive de la muqueuse vocale.

Symptomatologie. — L'œdème aigu du larynx donne lieu à des symptômes variés, parmi lesquels se rangent en première ligne les troubles de la voix. Celle-ci, quelquefois intacte, est, le plus souvent altérée, rauque, voilée, sans timbre, ou même éteinte, soit à cause du défaut de rapprochement des cordes, soit à cause des lésions qui existent à leur niveau. La douleur est généralement nulle, elle consiste plutôt en une sensation de corps étranger, de boule, à l'arrière-gorge, d'autant plus marquée que l'infiltration œdémateuse siège plus haut dans le larynx (épiglotte, replis ary-épiglottiques). La toux est à peu près nulle; c'est plutôt une sorte de râclement, par lequel le malade cherche à enlever l'obstacle qu'il ressent à l'entrée de son œsophage.

La déglutition est assez souvent gênée et même douloureuse; toutefois, ce symptôme n'existe pas si l'infiltration séreuse occupe l'intérieur du larynx, c'est-à-dire les cordes vocales ou la région sous-glottique. Le symptôme le plus saillant de tous, est évidemment la géne respiratoire qui acquiert souvent une grande intensité.

L'inspiration sifflante, ou tout au moins bruyante, avec expiration libre, n'existe guère que si l'œdème occupe le vestibule du larynx et particulièrement les replis ary-épiglottiques et l'épiglotte elle-même. Ordinairement, les deux temps de la respiration sont modifiés, et l'on entend une sorte de ronflement guttural, bien décrit par Bayle et Sestier. Si la suffusion séreuse est très abondante et s'est accrue rapidement, il existe presque toujours des accès de suffocation. *Alors, seulement*, on a sous les yeux le tableau symptomatique de l'œdème dit de la glotte, si bien décrit par Trousseau et par ses devanciers, c'est-à-dire ce malade congestionné, à face presque livide, noirâtre, étouffant par manque d'air, se dressant sur son lit les yeux hagards, mettant en jeu tous ses muscles respiratoires pour éviter l'asphyxie imminente.

Mais il faut bien savoir qu'il est presque exceptionnel, dans la pratique, de se trouver en présence de ces lésions considérées à tort comme classiques. Il faut, pour réaliser cette symptomatologie, que l'œdème se soit produit très rapidement, et que la région tuméfiée ait atteint un volume excessif; c'est-à-dire que l'entrée du larynx soit fermée, non seulement par l'infiltration de l'épiglotte et de ses replis, mais aussi par l'immobilisation à peu près complète des rubans vocaux qui, ne s'écartant pas de la ligne médiane, ne permettent pas à l'air de pénétrer facilement dans les voies aériennes.

Quant aux symptômes généraux, tels que fièvre, céphalalgie, etc., ils font, pour ainsi dire, absolument défaut.

Examen. — Si l'on pratique l'examen laryngoscopique, suivant le siège de l'œdème, on constate, tantôt une déformation partielle ou totale de l'épiglotte, qui prend la forme boudinée, arrondie, ressemblant presque au museau de tanche de l'utérus. Cet oper-

cule acquiert, dans quelques cas, un volume si considérable, qu'il masque presque complètement l'orifice du larynx. Si, au contraire, les replis ary-épiglottiques sont seuls atteints, cas le plus fréquent, ils apparaissent sous la forme de deux saillies pyriformes un peu arrondies, à surface lisse, unie, d'aspect grisâtre, analogues à deux vessies de poisson, d'un volume variable, atteignant parfois la grosseur d'un pouce d'adulte, et se juxtaposant comme le feraient deux gros grains de raisin blanc Chaque mouve-

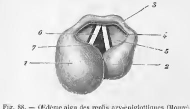


Fig. 88. — Œdème aigu des replis ary-épiglottiques (Moure).

1 et 2, replis ary-épiglottiques œdématiés. — 3, épiglotte. — 4, ventricule. — 5, bande ventriculaire. — 6, corde vocale. — 7, trachée.

ment d'inspiration imprime à ces replis une sorte de balancement bien net; mais, ainsi que l'a fait observer Gouguenhein, ce n'est pas à l'aspiration de ces deux masses tuméfiées et infiltrées qu'il faut attribuer la gêne respiratoire, mais bien plutôt à l'immobilisation des articulations crico-aryténoïdiennes. Si l'œdème est unilatéral, c'est d'un seul côté qu'on observe cet aspect spécial du repli infiltré. Dans quelques cas rares, la surface au lieu d'être grisâtre comme un polype muqueux des fosses nasales, est, au contraire, d'un rouge très prononcé, très uniforme ; ce sont probablement les cas auxquels on pourrait appliquer avec raison, le nom de laryngite phlegmoneuse.

Si l'œdème a gagné les bandes ventriculaires, fait assez rare, ces dernières apparaissent comme deux bourrelets rougeâtres, plus foncés que les replis ary-épiglottiques, recouvrant en partie

les cordes vocales. Cependant, il peut se faire que les bandes ventriculaires, quoique saines paraissent tuméfiées par les seuls efforts que fait le malade pour parler. Aussi, pour se rendre compte de la véritable situation de cette région, faut-il pratiquer l'examen pendant la respiration.

Lorsque l'infiltration séreuse occupe les rubans vocaux, ces derniers prennent un aspect gris sale, colloïde, doublés ou même triplés de volume. Ils présentent une sorte de renflement antérieur, qui les fait s'accoler l'un à l'autre. Dans ces cas, l'infitration œdémateuse peut même envahir la région sous-glottique, pour constituer la véritable œdème de la glotte, avec immobilisation partielle ou totale des aryténoïdes, d'où gêne respiratoire considérable.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche de la laryngite œdémateuse aiguë est absolument variable, quelquefois très rapide, foudroyante même (Trousseau, Laveran), elle est d'autres fois plus lente, l'œdème se produisant en quelque sorte par poussées successives. Habituellement, en huit à quinze jours au maximum, tout est rentré dans l'ordre, à moins qu'il n'existe des altérations, soit du cartilage, soit de la muqueuse, entretenant la suffusion séreuse.

L'affection se termine la plupart du temps par résolution, soit sous l'influence du traitement, soit par le fait même de l'évolution normale de la maladie. Toutefois, il peut se faire que l'infection locale continuant, on observe une terminaison par abcès ou phlegmon ; mais il faut bien reconnaître que c'est là un mode de terminaison assez rare de la laryngite œdémateuse simple. Quant aux œdèmes secondaires, ils marchent et durent aussi longtemps que la maladie qui a déterminé leur apparition; nous n'avons pas à les étudier ici.

Pronostic. — Le pronostic, sans être absolument grave, est cependant sérieux, car il faut toujours redouter une terminaison fatale, si le processus inflammatoire ne peut être conjuré, ou s'il se produit avec assez de rapidité pour qu'une intervention immé-

diate ne puisse être tentée. Il est à remarquer, que les infiltrations rapides et considérables modifient subitement le rythme respiratoire et entraînent très vite l'asphyxie du malade; tandis que si l'affection met quelque temps à apparaître, les sujets atteints arrivent à supporter assez bien un degré de sténose quelquefois considérable, et incompatible en apparence, avec la possibilité de respirer.

Quoi qu'il en soit, le pronostic doit toujours être réservé, à moins que le traitement local ne soit appliqué dès le début.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique découle de ce que nous avons dit plus haut. Dans les cas aigus, après la mort, on peut considérer qu'une grande partie de l'œdème disparaît, donnant ainsi une faible idée de l'infiltration qui existait pendant la vie. Le siège et l'étendue de la suffusion séreuse peuvent être très variables. Elle occupe spécialement les parties du larynx, où la disposition du tissu cellulaire est plus lâche (replis ary-épiglottiques, face linguale de l'épiglotte, etc.).

Dans les œdèmes secondaires, on peut rencontrer toutes sortes de lésions concomitantes, dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

Quant à la question de savoir si la maladie aboutirait toujours à la formation d'un abcès, le fait est difficile à établir, car il arrive très souvent que l'affection s'est terminée par résolution, tout comme l'œdème de la luette ou d'autres parties de l'arrière-gorge.

Diagnostic. — Depuis l'introduction du laryngoscope, le diagnostic a été singulièrement simplifié. En effet, si autrefois on pouvait songer à de l'œdème, alors qu'il n'existait qu'une simple paralysie ou une tumeur, à l'heure qu'il est, pareilles erreurs ne sont plus permises. Il ne peut même plus être question du toucher digital pour aider à l'examen local toujours possible avec le miroir laryngien. L'aspect du larynx, la marche de la maladie, au besoin l'interrogatoire du malade, permettront de différencier une affection aiguë d'un œdème secondaire par affection locale du larynx ou infection générale.

La diphtérie se reconnaîtra aisément aux fausses membranes que l'on trouvera toujours dans l'arrière-gorge ou le larynx.

TRAITEMENT. — Dans les cas de laryngite œdémateuse aiguë le premier traitement consistera à prescrire un laxatif salin (sulfate de soude ou magnésie). Si le sujet atteint est vigoureux on retirera un bénéfice réel, de l'application de sangsues placées de chaque côté du larynx. Les révulsifs cutanés à la nuque ou aux extrémités, sous forme de cataplasmes chauds, de bains de pied sinapisés seront d'excellents topiques.

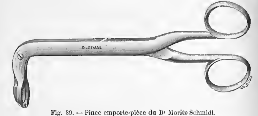


Fig. 89. — Pince emporte-pièce du Dr Moritz-Schmidt.

On a encore essayé la glace en applications au-devant du cou, ou à l'intérieur par petits morceaux.

Les tisanes froides, les inhalations aromatiques ou antiseptiques constituent encore un bon moyen de traitement.

On pourra également essayer, comme l'a conseillé Gottstein, les injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine. De même les pulvérisations locales d'une solution de cocaïne au 1/10e et d'adrénaline au 1/5 000e ou au 1/10 000e pourront rendre des services signalés en réduisant considérablement l'œdème de la muqueuse vocale. Lorsque la chose sera possible, les scarifications locales, ou mieux encore la suppression d'une partie de la muqueuse œdématiée, à l'aide de la pince coupante de Gouguenheim ou de Moritz-Schmidt constitueront également une excellente pratique. Plusieurs fois j'ai eu l'occasion de traiter des

œdèmes suraigus des replis ary-épiglottiques par ce procédé et je n'ai eu qu'à m'en louer par la résolution rapide que j'ai obtenue.

Les scarifications sont un peu plus difficiles à appliquer convenablement. J'en dirai autant du galvanocautère sous la forme de pointes ou de raies. Néanmoins, si les malades étaient assez patients pour les supporter, ce seraient encore d'excellents procédés à essayer.

Si ces diverses médications échouent, soit qu'on arrive trop

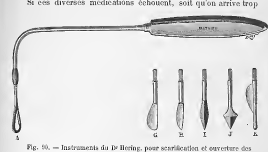


Fig. 90. — Instruments du Dr Hering, pour scarification et ouverture des abcès du larynx.
G, H, bistouris — I, J, K, scarificateurs.

tard, soit parce que l'infiltration œdémateuse n'a pas de tendance, à se terminer par résolution, il ne faudra pas hésiter, lorsque le malade sera en danger de mourir par asphyxie, à pratiquer la trachéotomie. Dans ces cas la mise d'une canule aura l'avantage non seulement de sauver le malade, en lui permettant de respirer, mais aussi de laisser reposer l'organe infiltré et par conséquent de hâter la résolution de la maladie. Avec Ruault, je repousse le tubage de la glotte comme difficile à appliquer et peut-être dangereux, si l'opérateur n'a pas une grande habitude de ce procédé. De plus, si le malade vient dans un accès de toux à rejeter son tube, la mort rapide peut être la conséquence de cette expulsion intempestive.

Il faut rappeler ici que lors de l'incision du cou pour faire la trachéotomie on a vu quelquefois se produire de véritables syncopes inhibitoires mortelles, surtout si le patient respire mal depuis déjà assez longtemps et s'il est en crise d'asphyxie blanche au moment où on l'opère. Dans ces cas, l'opération doit sans crainte être menée rapidement. Aussitôt après la mise en place de la canule il faut non seulement titiller la trachée avec une barbe de plume, mais pratiquer la respiration artificielle et les tractions rythmées de la langue. Souvent même on a vu revenir à la vie des opérés déjà inanimés et en apparence de mort.

Enfin, surtout chez les jeunes enfants, on ne devra pas enlever la canule avant de s'être assuré par l'examen laryngoscopique, que le larynx a repris sa perméabilité normale.

LARYNGITES AIGUËS INFANTILES

(Formes striduleuses et inflammatoires).

Étiologie. — La laryngite striduleuse apanage à peu près exclusif du jeune âge et encore désignée sous le nom de faux croup s'observe particulièrement chez les enfants de deux à sept ans. Très bien étudiée par Millar, Kopp, Guersent, Bretonneau, Rillet et Barthez, Trousseau, etc., l'affection peut être due à la dentition, à la présence de vers intestinaux, ou même à des lésions nasales ou naso-pharyngiennes (gonflement hypertrophique de la muqueuse des cornets, hypertrophie de l'amygdale rétro-nasale). On a également incriminé l'embarras gastrique, ainsi que les fièvres éruptives et surtout les variations atmosphériques. Ruault pense que l'hérédité pourrait jouer un certain rôle dans l'étiologie de cette affection dont la cause réelle réside évidemment dans l'étroitesse de l'orifice glottique des enfants et la sensibilité toute particulière de leur muqueuse laryngée.

Symptomatologie. — On peut considérer qu'en pratique la laryngite striduleuse présente deux formes bien distinctes ; tantôt elle débute par un très léger malaise, un peu d'enrouement, apparaissant dans la journée ou le soir; puis brusquement pendant la

nuit, entre onze heures et minuit, ou même vers une heure du matin, l'enfant qui s'était endormi assez tranquille en apparence, se réveille effrayé et en proie à une difficulté de respirer d'une intensité variable. Il pleure, crie, se débat, cherche de l'air comme s'il étouffait, plié en avant, la face plus ou moins congestionnée, les yeux saillants, exprimant l'angoisse ou la terreur, il a une respiration sifflante, stridente. La toux est aboyante, sonore, rauque et même croupale. Dans bien des cas, la gorge du jeune malade semble tout à fait sèche, tellement la toux a un caractère de raucité prononcée. L'accès dure de quelques minutes à un quart d'heure ou une demi-heure au plus; il est unique mais il peut aussi se répéter plusieurs fois pendant la même nuit. Une fois la crise passée, tout rentre dans l'ordre et l'enfant se rendort avec un peu de fatigue générale. Le lendemain matin il se réveille habituellement gai, reprenant ses jeux et faisant oublier par son attitude les craintes qu'il avait inspirées pendant la nuit. Quelquefois tout se borne à une seule atteinte; d'autres fois au contraire, la voix demeure enrouée pendant quelques jours.

C'est plutôt d'après les symptômes fonctionnels qui suivent l'accès que l'on peut faire le diagnostic d'un simple spasme laryngé d'avec une laryngite catarrhale aiguë infantile. Très souvent il arrive de constater la veille chez les enfants prédisposés à la laryngite striduleuse, une sorte de malaise, d'enrouement léger, véritable inflammation catarrhale du larynx qui, pendant la nuit, s'aggrave et s'accompagne du spasme caractéristique. Dans d'autres cas il existe simplement le soir un peu d'enchifrènement plus ou moins marqué, le sommeil de l'enfant n'est pas tout à fait aussi calme que d'habitude, il respire mal par le nez, puis il se réveille tout à coup, pris de cette suffocation que les mères connaissent toutes et que l'affolement des parents d'une part, les pleurs de l'enfant de l'autre ne font qu'augmenter.

Dans la laryngite aiguë simple et inflammatoire, l'affection débute par un peu de fièvre, une sorte de rhume accompagné de toux. Après deux ou trois jours seulement commencent à surve-

nir les accès qui dans ces cas s'observent même quelquefois, quoique très atténués, pendant le jour. Dans ces formes les crises de suffocation durent plus longtemps que lorsqu'il s'agit d'un simple spasme nocturne. L'angoisse et la dyspnée sont également plus accentuées et plus persistantes, le pouls est fréquent, la face congestionnée et souvent couverte de sueur. La voix reste alors faible, enrouée ou abaissée de tonalité. Si l'enfant est assez âgé pour exprimer ce qu'il éprouve, il se plaint de ressentir comme une brûlure ou un picotement au niveau du larynx. L'affection dure ainsi huit à dix jours, puis la toux devient plus grasse ; il existe par conséquent de l'expectoration ou tout au moins des sécrétions laryngo-trachéales.

Dans certaines laryngites plus graves, l'accès de suffocation du début au lieu de s'amender, persiste violent et continu ; la dyspnée avec tirage et cornage s'établit d'une façon régulière. A chaque instant l'enfant paraît être sur le point de mourir asphyxié ; il est aphone, couvert de sueur comme à la période asphyxique du croup. Cet état grave persiste pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures et même au delà, nécessitant parfois soit une intervention trachéale, soit tout au moins le tubage momentané du larynx qu'il convient de pratiquer, car l'hésitation du chirurgien peut occasionner la mort de l'enfant.

A l'examen laryngoscopique, dans les premiers cas (laryngite spasmodique simple) on ne constate le lendemain de l'accès, qu'une simple rougeur du vestibule laryngé et de la muqueuse vocale. Par contre, dans la laryngite aiguë suffocante, bien décrite autrefois par Masseï et ensuite par Ruault dans le traité de médecine, on trouve non seulement de l'hyperémie diffuse, mais une véritable tuméfaction de la muqueuse sous-glottique, qui forme au-dessous des cordes rouges et enflammées, un bourrelet saillant dépassant leurs bords libres. Le degré de cette infiltration surtout visible pendant l'inspiration, varie d'après l'intensité plus ou moins grande de l'infection locale[1]. Il est inutile d'ajou-

[1] Il peut même se faire que l'infection soit assez virulente pour aboutir à la formation d'un abcès de cette région. Dans ces cas la sténose est à son comble et seule la trachéotomie peut sauver le jeune malade. L'expulsion du pus

ter que plus le gonflement est considérable plus la sténose laryngée est prononcée. D'autant plus qu'à ces lésions matérielles de la muqueuse vient s'ajouter un état spasmodique qui fixe les aryténoïdes en position médiane ce qui contribue dans une large mesure à aggraver la dyspnée. Dès que le spasme musculaire cède, les troubles respiratoires s'améliorent malgré la persistance de l'infiltration intra et sous-glottique. Il s'agit dans ces cas d'une véritable laryngite aiguë sans fausses membranes. Bien que l'examen bactériologique révèle souvent l'existence de bacilles de Lœffler (type court) l'examen des sécrétions de l'arrière-gorge ensemencées, est généralement négatif. Par contre cet état est souvent accompagné ou précédé d'une adénoïdite plus ou moins violente[1].

Mécanisme de l'accès. — D'après Nyemeyer et Morell-Mackenzie la dyspnée serait due à l'accumulation dans le larynx de sécrétions se désséchant et rétrécissant l'orifice glottique. Pour Krisabert et Peters au contraire, ce serait à des troubles respiratoires antérieurs empêchant l'hématose complète de se faire, que serait due l'apparition de la gêne respiratoire. Ruault pense que ces accès sont dus à des crises de spasme glottique et trachéo-bronchiques dépendant de l'irritation locale de la muqueuse laryngée.

par la canule et quelquefois par le larynx permet d'établir le diagnostic rétrospectif de l affection ; ainsi s'expliquent également la dyspnée intense et l'asphyxie du début. Je crois que le fait suivant rapporte sous le titre de laryngite spasmodique grave peut rentrer dans cette catégorie; comme il contient un enseignement, je le rappelle ici :

Il s'agit d'un enfant de trois ans, apporté à l'hôpital avec le diagnostic du croup. Lorsqu'il se présenta, il était tout à fait à la période d'asphyxie : la face était blafarde, décolorée, le pouls petit, rapide, le tirage à son comble ; la trachéotomie d'urgence fut pratiquée, sans effusion de sang ; il fallut plusieurs minutes de respiration artificielle et de tractions rythmées, pour ramener la respiration.

L'examen de la gorge, pratiqué ensuite, ne permit pas de reconnaître l'existence de fausses membranes ; il n'y avait pas de ganglions sous-maxillaires. Pensant à la possibilité du croup on fait une injection de sérum de 20 centimètres cube. Le lendemain, l'enfant jouait assis sur son lit, *il avait rendu par la canule du pus fétide mais pas de fausses membranes* (*Gazette Médicale de Picardie*, n° 7, juillet 1902).

[1] Inflammation catarrhale du tissu adénoïde naso-pharyngien.

S'ils se produisent particulièrement la nuit, dit-il, c'est que le décubitus augmente la congestion des parties atteintes. Pour ma part, je ne serais pas éloigné de penser que l'enchifrènement nasal observé dans la plupart des cas de ce genre, obligeant l'enfant à respirer par la bouche, détermine, non seulement la sécheresse plus grande de l'arrière-gorge, mais également l'apparition du spasme laryngé. Le fait s'observe souvent chez l'adulte, après certaines tuméfactions ou irritations de la muqueuse pituitaire. On comprend du reste que la pathogénie de l'affection puisse varier suivant la forme de la maladie, suivant qu'il s'agit d'un spasme laryngé violent ou d'une véritable laryngite inflammatoire simple ou sous-glottique avec rougeur, gonflement, infiltration et immobilisation des aryténoïdes. Il n'est pas douteux que l'existence de végétations adénoïdes volumineuses puisse servir de point de départ à l'accès striduleux.

Marche. Durée. Terminaison. — La laryngite spasmodique que nous appelons striduleuse a une marche tout à fait irrégulière. Elle peut apparaître une fois ou deux, puis disparaître à tout jamais. Dans d'autres cas, l'enfant reste pendant plusieurs années sujet à ces crises de suffocation nocturne qui se renouvellent de temps à autre sous la moindre influence. Assez souvent la laryngite striduleuse disparaît après l'ablation de végétations adénoïdes qui encombraient le naso-pharynx (Coupard, Moure).

Dans la laryngite sous-glottique, l'affection marche comme le ferait une inflammation catarrhale aiguë : sa durée varie avec son intensité initiale. Très souvent aussi l'accès de spasme nocturne est le premier symptôme d'une infection plus grave des voies respiratoires, bronchite ou broncho-pneumonie qui font suite à la crise d'étouffement.

Bien que Trousseau rapporte trois cas de mort survenus dans le cours de l'affection, la terminaison habituelle est la guérison.

Par contre, l'asphyxie peut s'observer dans les formes véritablement inflammatoires (laryngites hypo-glottiques, abcès). La mort survient alors par syncope ou par dyspnée croissante, si un traitement énergique ne vient pas empêcher l'issue fatale.

Diagnostic. — Le diagnostic se fait aisément : l'apparition nocturne de l'accès, sa soudaineté, sa disparition dès que la crise est terminée, et enfin l'âge de l'enfant, sont autant de signes qui permettent de reconnaître la nature de la maladie. Quant à savoir si on se trouve en présence d'un accès de spasme consécutif à une inflammation de la muqueuse vocale, l'examen laryngoscopique seul permet, s'il est possible, d'établir cette partie du diagnostic. Néanmoins, la persistance de la dyspnée après le premier accès, le tirage et le cornage aux deux temps avec ou sans altération de la voix, seraient en l'absence de fausses membranes et d'adénite, des signes permettant de faire soupçonner une laryngite infra-glottique.

L'introduction d'un corps étranger dans les voies aériennes pourrait jusqu'à un certain point simuler une crise laryngite grave, mais outre que la première crise de suffocation est habituellement diurne, en général, les anamnestiques et l'examen du malade permettent d'établir la cause réelle de la gêne respiratoire. Il faudrait également, dans un cas douteux, compter sur les résultats de la radiographie pour lever les derniers doutes.

Traitement. — Dans le cas où l'on est appelé au moment d'une crise de laryngite striduleuse, il est bon de faire placer au-devant du cou une éponge imbibée d'eau chaude et de faire de la révulsion vers les membres inférieurs. Si l'enfant est assez grand et assez raisonnable pour obéir, on lui recommandera de retenir son souffle pendant quelques secondes, pour respirer ensuite doucement par le nez. C'est là un moyen assez sûr et rapide de calmer la suffocation.

Les vaporisations d'eau chaude légèrement additionnée de teinture d'eucalyptus mentholée et d'acide phénique près du lit du malade procurent aussi du soulagement. Une fois la crise terminée, on agira comme s'il s'agissait d'une laryngite catarrhale aiguë simple, c'est-à-dire on tiendra l'enfant dans la chambre, on lui donnera des boissons chaudes en continuant les inhalations dont nous venons de parler plus haut. Dans bien des cas, l'insufflation dans les fosses nasales, soit de poudres contenant de

la cocaïne, soit de préférence de la vaseline cocaïnée, suffira pour amener une détente notable de la turgescence nasale, et par conséquent aider à faire disparaître les accès de suffocation. La pommade suivante pourra être recommandée dans ces cas :

Pommade avec :

Chlorhydrate de cocaïne . . .	0,05 à 15 centigr., suivant l'âge des enfants.
Menthol pulvérisé . . .	5 à 10 centigrammes
Acide borique	1 à 2 grammes
Vaseline.	15 grammes

Mettre gros comme un pois de cette pommade dans chaque narine le soir et le matin ; aspirer fortement.

S'il existe une cause reconnue des crises laryngées, telle que dentition, vers intestinaux, végétations adénoïdes ou obstacle à la respiration nasale, il faudra d'abord traiter ces lésions, puisque de leur suppression seule dépendra la guérison du petit malade.

Enfin, dans les cas graves, on aura recours comme dernière ressource, soit à la respiration artificielle, aux inhalations d'oxygène, soit même à la trachéotomie, si la vie de l'enfant était menacée par sa gêne respiratoire. Toutefois, si l'on est outillé pour cela il serait encore préférable de faire le tubage du larynx, qui suffit dans ces cas à assurer pendant quelques jours la respiration, on évitera ainsi l'opération sanglante, toujours effrayante, et plus redoutable par les conséquences qui peuvent en résulter.

LARYNGITE GRIPPALE

Définition. — On désigne ainsi les complications laryngées évoluant au cours de la maladie générale, épidémique, contagieuse et infectieuse à laquelle on a donné le nom de grippe ou d'influenza.

Étiologie. — La grippe semble se développer de préférence par les temps froids et humides, mais elle se montre également dans

toutes les saisons et dans tous les climats. L'affection atteint tous les âges et tous les rangs de la société. Ses caractères varient un peu suivant les formes d'épidémie.

Les troubles locaux méritent par leur fréquence et quelquefois par leur gravité d'attirer tout particulièrement l'attention. Leur étude est toutefois de date récente. L'enrouement, la dysphagie, les sensations de picotement au niveau du larynx, en un mot les symptômes de la laryngite catarrhale sont bien signalés par les auteurs qui ont étudié l'influenza en général, mais les progrès et la vulgarisation de la laryngoscopie seuls ont permis de fixer l'état de nos connaissances sur cette question

C'est surtout pendant l'épidémie de 1889-1890 que j'ai rassemblé les matériaux qui m'ont servi à cette époque à faire une description de la maladie, dans mes *Leçons* sur les maladies du larynx.

On peut observer, dans le cours de la grippe, une série de déterminations morbides que l'on peut classer en formes catarrhales, infiltro-œdémateuses, ulcéreuses et myopathiques.

A. *Forme catarrhale.* — Les signes fonctionnels sont ceux de l'inflammation aiguë vulgaire de la muqueuse du larynx, c'est-à-dire une sensation de sécheresse et de brûlure, de cuisson ou de chatouillement à l'arrière-gorge qui provoque des quintes de toux sèche ou le simple besoin de hemmer.

Dans les formes un peu plus graves, le passage de l'air peut être douloureux, la respiration est plutôt gênée par suite de la tuméfaction de la muqueuse nasale, qu'à cause des lésions laryngées. L'expectoration nulle au début, est plus tard muqueuse ou muco-purulente, elle se mêle à celle de la trachée ou des bronches. La voix est éraillée, bitonale, asynergique, tout comme dans une simple laryngite catarrhale aiguë.

A l'examen laryngoscopique on constate ordinairement de la rougeur étendue à tout l'organe vocal. L'épiglotte présente une coloration rosée, les replis ary-épiglottiques, les bandes ventriculaires, la région inter-aryténoïdienne sont parfois légèrement tuméfiés. Les cordes, recouvertes de sécrétions visqueuses, sont

rosées ou même rouges et érythémateuses ; la plupart du temps elles sont simplement dépolies et arrondies, à cause de la suffusion sous-muqueuse dont elles sont le siège. Dans quelques cas les rubans vocaux sont d'un rouge intense avec desquamation épithéliale diffuse. Il ne serait pas exceptionnel de prévoir le cas où, poussée à l'extrême, cette congestion deviendrait le point de départ d'ecchymoses sous-muqueuses ou même de véritables hémorragies caractérisées par l'expulsion de crachats sanglants ou sanguinolents. Chez quelques malades l'érythème se manifeste sur les cordes vocales par un pointillé hémorragique qui constitue à lui seul la lésion de cette forme superficielle et légère de grippe laryngée.

Les troubles parétiques ne diffèrent en rien de ceux qu'on a l'habitude d'observer dans les cas de laryngite catarrhale aiguë.

B. *Forme infiltro-œdémateuse.* — Cette forme peut se présenter sous deux modalités différentes : l'une sur laquelle j'ai assez récemment appelé l'attention, est caractérisée au point de vue symptomatique, non seulement par une sensation de brûlure à l'arrière-gorge, mais surtout par une véritable dysphagie douloureuse. Au moment de la déglutition des aliments et de la salive le malade éprouve des élancements dans la gorge, avec une véritable sensation d'étouffement. La douleur s'accentue généralement vers le soir ; elle est beaucoup plus vive pendant la nuit, alors que le matin survient une amélioration très notable dans l'état du malade. La phonation est douloureuse, le larynx lui-même est quelquefois sensible à la palpation, lorsqu'on lui imprime des mouvements de latéralité.

A l'examen laryngoscopique, ce qui caractérise cette forme spéciale de laryngite grippale, c'est une infiltration œdémateuse très prononcée de la région postérieure du larynx (aryténoïdienne). La muqueuse qui recouvre les aryténoïdes est non seulement rouge, mais elle est aussi œdémateuse ou plutôt infiltrée, faisant saillie à l'entrée de l'œsophage. Pour un praticien non prévenu de l'existence de cette manifestation inflammatoire, la lésion ressemble à s'y méprendre à une laryngite bacillaire à la période

d'infiltration ou à une arthrite crico-aryténoïdienne aiguë double, rhumatismale. Elle a du reste d'autant plus de raisons de ressembler à cette altération morbide, que dans bien des cas il s'agit incontestablement d'une véritable inflammation des ligaments péri-articulaires, ainsi qu'en témoignent non seulement la rougeur et le gonflement, mais surtout l'immobilisation partielle des aryténoïdes. Les cordes vocales sont rouges, éraillées comme dans la forme précédente.

Dans d'autres cas, on observe une infiltration séreuse des replis ary-épiglottiques, avec une légère tuméfaction de la région postérieure. Ces manifestations sont beaucoup moins douloureuses que la forme précédente.

Fig. 91. — Laryngite grippale, forme infiltro-œdémateuse. La région aryténoïdienne est rouge et infiltrée; en arrière vers l'entrée de l'œsophage. (Dessiné d'après nature.)

C'est surtout chez les tuberculeux ou les malades porteurs de lésions laryngées antérieures, que la grippe peut amener ces sortes d'infiltrations rapides, et qui peuvent être assez importantes pour occasionner des accès de suffocation nécessiter l'ouverture immédiate des voies aériennes. L'examen laryngoscopique révèle la nature de la manifestation locale qui n'a rien de bien caractéristique.

C. *Forme ulcéreuse*. — Les ulcérations de la muqueuse laryngée consécutives à la grippe sont aujourd'hui admises sans conteste, car tous les praticiens ont eu l'occasion d'en observer un certain nombre d'exemples au cours des différentes épidémies d'influenza que nous avons vu évoluer dans ces dernières années.

Les pertes de substances dues à la grippe se rencontrent avec leur caractère purement catarrhal chez les malades dont la muqueuse vocale semble être peu résistante. Tels les tuberculeux, les syphilitiques, certains herpétiques, ou surtout les sujets atteints de laryngites à répétition. On les observe aussi chez les personnes indemnes jusqu'alors de toute affection du larynx.

Dans les formes légères, on aperçoit, à l'examen avec le miroir, de petites érosions en coup d'ongle, recouvertes d'un exsudat blanc grisâtre, bordées d'un liséré rougeâtre qui tranche nettement sur le reste du ruban vocal plus ou moins dépoli et rosé. Lorsqu'elles sont superficielles, ces lésions n'apparaissent nettement que sous un éclairage puissant, tel que la lumière électrique. Plus tard, si la desquamation du début fait place à une véritable ulcération, les bords de cette dernière sont alors nettement accusés, formés par une muqueuse enflammée un peu rouge, plutôt saillante, dessinant une sorte de plateau dont la perte de substance légèrement excavée occupe le centre. L'ulcération est tapissée d'un enduit grisâtre, pultacé, peu adhérent. Ces altérations siègent habituellement sur le bord des rubans vocaux, tantôt à la partie antérieure (union du tiers antérieur et moyen) ; tantôt au tiers postérieur, presque à la base de l'apophyse vocale aryténoïdienne. Je les ai vues occuper toute l'étendue de la corde dont elles découpaient le bord libre, mais par contre je n'en ai jamais observé ni sur les bandes ventriculaires, ni sur la région aryténoïdienne, bien qu'il soit possible de les rencontrer exceptionnellement sur ces parties de la muqueuse laryngée.

Ordinairement, ces pertes de substance sont symétriques, et pendant les efforts vocaux elles viennent se mettre en contact, formant en avant et en arrière un double orifice glottique. Cette symétrie tient-elle aux frottements plus actifs d'une muqueuse tuméfiée sur une partie déjà irritée ; est-elle le résultat d'une auto-inoculation? Se produit-elle au contraire sous l'influence de ces causes réunies ? telles sont autant d'hypothèses qui peuvent également se soutenir. Quoi qu'il en soit, ces lésions se montrent d'ordinaire de chaque côté à un stade différent ; très accusées sur un point, en voie de formation ou de guérison sur d'autres, elles paraissent tantôt se succéder, tantôt évoluer en même temps.

La forme ulcéreuse peut compliquer celle que nous avons décrite sous le nom d'infiltro-œdémateuse, ou exister seule.

Je n'insisterai pas sur les différents troubles fonctionnels qui résultent de ces diverses altérations morbides, ils sont en rapport

avec leur siège et leur étendue. Seuls les troubles vocaux existent presque toujours, ils sont en général très prononcés, ce qui se conçoit aisément, étant donné que les cordes vocales ne sont pour ainsi dire jamais épargnées.

D. *Forme myopathique.* — On ne saurait décrire sous le nom de paralysie ou de spasme du larynx le défaut de parallélisme et de tension des cordes vocales par contractions irrégulières des fibres musculaires atteintes par l'inflammation de la muqueuse sous-jacente. Cette impotence fonctionnelle est pour ainsi dire normale dans ces cas.

Il ne faut considérer comme tels que les troubles de la motilité se localisant à tout un groupe musculaire (constricteurs ou dilatateurs) d'un seul ou des deux côtés à la fois.

Dans la grippe, ces troubles myopathiques sont relativement rares; on peut cependant les observer; ils cèdent en général assez vite aux moyens thérapeutiques ordinaires; ils ne se sont montrés rebelles au traitement que dans quelques cas tout à fait isolés.

Quant aux spasmes de la glotte on les observe dans les formes bulbaires de la maladie. M. Revillod a rapporté quelques exemples de suppression plus ou moins brusque des fonctions respiratoires: un de ses malades qui n'avait présenté jusque-là rien d'inquiétant, mourut subitement sous ses yeux, comme suffoqué par un spasme glottique, sans que l'indroduction d'une canule ait pu le rappeler à la vie; l'autopsie ne révéla du reste aucune lésion grave capable d'expliquer une mort aussi prompte. Il devait s'agir dans ce cas de ces sortes d'apnées réflexes comme on en observe parfois en opérant sur les voies aériennes, au moment de l'incision de la peau. Néanmoins, il faut heureusement considérer ces sortes d'accidents comme tout à fait rares.

Plus fréquente au contraire est une sorte de toux nerveuse à type spasmodique, dont l'auscultation et la percussion n'expliquent pas l'existence. Ce symptôme résiste habituellement à tous les calmants ou antispasmodiques connus ; je l'ai vu, par contre, céder bien des fois à une simple cautérisation de la muqueuse

des cornets inférieurs ou moyens, plus ou moins tuméfiée. Très souvent l'introduction dans les fosses nasales de vaseline cocaïnée au 1/30e modère cette forme de toux spasmodique à type plus où moins coqueluchoïde. Ces troubles réflexes d'origine nasale sont bien connus aujourd'hui.

Diagnostic. — Le fait même qu'il existe une épidémie de grippe permet de songer tout naturellement à l'état infectieux d'origine influenzique. Le diagnostic se fait souvent bien plus par les symptômes généraux et l'état ambiant que par les lésions elles-mêmes qui peuvent, à peu de choses près, se rencontrer dans toute une série de maladies générales ou spéciales du larynx.

Ce que nous avons dit à propos de chacune des formes, nous dispense d'insister longuement sur le diagnostic différentiel. Seule la laryngite grippale à type douloureux paraît être assez caractéristique par son évolution clinique et l'aspect objectif de la muqueuse infectée.

Pronostic. — Il est généralement bénin; cependant, l'érythème peut, chez des gens peu soigneux de leur personne, se prolonger outre mesure, s'aggraver même sous des influences minimes et devenir le point de départ de troubles qui compromettent jusqu'à un certain point l'intégrité de l'organe vocal. Les malades reprennent bien leurs occupations ordinaires, mais ils conservent des symptômes de laryngite rebelle qui finissent par les inquiéter et pour lesquels ils viennent réclamer nos soins, un ou deux mois après le début de l'affection, subissant dans l'intervalle des alternatives de guérison apparente et de rechute. Les simples érosions s'amendent généralement assez vite, tandis que les ulcérations même légères ont toujours une durée assez longue. Je les ai vues résister pendant deux et trois mois au traitement le plus régulièrement suivi.

Il faut savoir aussi que la grippe peut être le point de départ d'une infection d'un autre ordre (bacillose), dont les lésions se continuent pour ainsi dire avec celles de la maladie primitive. C'est la persistance du mal et même l'aggravation des altéra-

tions locales qui permettront d'établir cette transformation pathologique. Souvent l'auscultation et l'allure générale de la maladie mettront sur la voie de ce diagnostic.

Traitement. — Il faut tout d'abord, par une médication appropriée, répondre aux indications fournies par l'état général ; les boissons chaudes et émollientes, le bromure et l'aconit, les opiacés à l'intérieur, etc., calmeront habituellement le catarrhe du début.

Un peu plus tard, il conviendra d'appliquer un traitement local qui sera variable suivant le degré d'irritation de la muqueuse. Dans les formes purement catarrhales, érythémateuses et même infiltro-œdémateuses, les inhalations chaudes et quelques gargarismes cocaïnés suffiront avec le repos, pour faire disparaître les manifestations locales. Il pourra être utile, pour aider cette résolution, d'administrer à l'intérieur de la quinine à doses variables, suivant l'âge du sujet et le degré de l'infection.

Si l'œdème devenait trop considérable, on le traiterait comme il a été dit au chapitre Laryngite œdémateuse. Si l'érythème se prolongeait au delà des limites ordinaires ou s'il existait des érosions et, à plus forte raison des ulcérations de la muqueuse, on prescrirait des pulvérisations faites avec un pulvérisateur à vapeur, deux ou trois fois par jour, suivant l'intensité du processus infectieux, pendant trois à cinq minutes. La formule suivante m'a donné de bons résultats :

Solution avec :

Chlorhydrate de cocaïne.	0,25 à à 0,50 centigr.
Solution d'adrénaline à 1 p. 1000.	5 grammes
Antipyrine	4 »
Glycérine	àà 50 »
Eau de laurier-cerise.	àà 50 »
Eau stérilisée.	400 »

On devra également pratiquer une ou deux fois par semaine des attouchements de la muqueuse vocale avec une solution du chlorure de zinc ou nitrate d'argent au 1/100e, 1/50e ou même 1/30e.

Dans quelques cas rebelles une saison thermale sulfureuse ou arsenicale, pourra être d'une utilité incontestable.

Contre les paralysies, l'électrisation extra ou intra-laryngée; et contre les poussées congestives, la glace, les sangsues au-devant du cou, les scarifications ou même la trachéotomie, si la gêne respiratoire atteint une intensité excessive. Tels sont les moyens thérapeutiques dont il faudra savoir user à l'occasion.

LARYNGITE HERPÉTIQUE

Étiologie. — L'herpès du larynx dont Fernet a rapporté le premier exemple est une affection relativement rare, mais que l'on a cependant l'occasion d'observer de temps en temps [1].

Cette sorte de laryngite paraît être surtout la conséquence du refroidissement; elle coïncide fréquemment avec l'angine herpétique, ou plus exactement avec l'herpès de l'arrière-gorge. L'étiologie de ces deux manifestations est donc exactement la même (voir p. 33).

Symptomatologie. — L'herpès du larynx accompagne ou suit les autres localisations de la fièvre herpétique. Il s'annonce par une série de troubles généraux, tels que frissons, élévation de la température, courbature, sensation de malaise, vomissements même, céphalée, état saburral de la langue. La plupart du temps accompagné d'une éruption analogue du côté de la bouche, du voile du palais ou des lèvres, l'herpès de la muqueuse vocale peut évoluer seul (Chapman, Stepanow, Moure).

Les troubles fonctionnels principaux consistent en une gêne à la déglutition, qui devient presque toujours extrêmement pénible. La pression sur les parties latérales du cou est également douloureuse. Le malade éprouve des picotements désagréables au

[1] Les lecteurs que cette question pourrait intéresser trouveront des détails plus complets sur ce sujet et sur son historique dans la thèse d'un de mes élèves, le Dr Lagahuzère, et dans le travail du Dr Brindel. (*Rev. Hebdom. de Laryngol.*, n° 6, 15 mars 1895.)

niveau de l'organe vocal; l'air inspiré provoque des sensations de brûlures et même des quintes de toux très pénibles.

La respiration peut être gênée s'il existe de l'infiltration œdémateuse; elle est habituellement normale. Les troubles de la voix varient depuis le simple enrouement (dysphonie) jusqu'à l'aphonie complète.

A l'examen on trouve assez souvent dans l'arrière-gorge, surtout au niveau de la base de la langue ou du voile du palais, des vésicules herpétiques discrètes. Quelques-unes encore caractéristiques contiennent un liquide opalescent, tandis que d'autres, déjà ouvertes, laissent à leur place une surface grisâtre, ulcérée, entourée d'une zone très hyperhémiée.

Au laryngoscope on aperçoit également au niveau du larynx, particulièrement sur la face laryngée ou sur les bords de l'épiglotte et sur les replis ary-épiglottiques ou les aryténoïdes, des vésicules discrètes opalines (fig. 92), à des périodes variables de leur évolution. Elles apparaissent parfois dès le premier jour, d'autres fois vers le quatrième, le cinquième jour ou même le sixième jour après l'infection. Du reste, il n'est pas rare de voir la maladie procéder par poussées successives, de sorte qu'à l'examen direct, on constate sur certains points de petites vésicules arrondies, contenant le liquide opalin caractéristique de l'herpès, tandis que sur d'autres parties, c'est un point blanchâtre de la dimension d'un grain de mil, ou une érosion punctiforme revêtue d'un exsudat blanchâtre *entouré d'une auréole rouge*, qui délimite nettement la lésion.

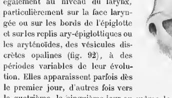




Fig. 92.

Dans la laryngite herpétique confluente, la région atteinte peut être revêtue d'un exsudat pseudo-membraneux, diphtéroïde, faisant songer à une lésion plus grave de la muqueuse vocale.

Diagnostic. — Le diagnostic de la forme discrète est généralement facile. L'existence des symptômes généraux, les troubles fonctionnels locaux intenses et surtout l'aspect de la lésion sont des éléments suffisants pour permettre de faire le diagnostic de la laryngite herpétique.

Dans l'herpès confluent, on pourrait songer à la diphtérie laryngée, mais outre que cette dernière évolue d'une façon plus insidieuse, les fausses membranes ne restent pas localisées à l'épiglotte, ni à un des replis ary-épiglottiques, elles envahissent l'intérieur du larynx, souvent même la trachée, et produisent des troubles beaucoup plus sérieux (dyspnée croissante, aphonie progressive, adénite cervicale, état général infectieux mauvais, et enfin, présence dans les sécrétions du bacille de Klebs Lœffler, qu'un ensemencement permet bien vite de reconnaître).

Le pemphygus du larynx se reconnaîtrait à la présence de bulles beaucoup plus considérables et de forme plus irrégulière que les vésicules herpétiques, à la coexistence de lésions analogues sur la muqueuse du voile du palais ou de la bouche. Dans cette affection les phénomènes douloureux sont moins prononcés que dans l'herpès.

Traitement.—Il consistera surtout en purgatifs légers, administration de sulfate de quinine à l'intérieur, fumigations émollientes, gargarismes boratés ou bromurés, repos de l'organe. C'est en somme le traitement de la laryngite catarrhale aiguë ou de la grippe laryngée.

ABCÈS DU LARYNX

Définition. — On donne ce nom à des abcès formés soit à l'intérieur, soit dans les parties avoisinantes de l'organe vocal. On peut les diviser en abcès intrinsèques, extrinsèques ou juxtalaryngiens. Ces derniers sont encore désignés sous le nom d'abcès pharyngo-laryngés.

Étiologie. — Ces lésions se rencontrent habituellement dans l'âge adulte et dans l'adolescence. Certaines maladies infectieuses,

débilitantes, à convalescence longue et grave, créent une opportunité morbide excellente pour le développement de ces collections purulentes. C'est ainsi qu'elles surviennent assez fréquemment vers la fin de la fièvre typhoïde, de la variole, de la scarlatine ou de la rougeole ; la grippe (Moure) même légère, le rhumatisme et surtout l'érisypèle semblent jouer un rôle important dans leur production.

Parmi les causes occasionnelles il faut noter l'influence du froid et surtout des phlegmasies de voisinage, amygdalites, pharyngites, adénoïdites, sinusites, etc., etc. Les traumatismes de toute sorte, les plaies, les fractures, les coups, les essais de strangulation, etc., peuvent encore devenir le point de départ de la suppuration. Je ne parlerai que pour mémoire des abcès du larynx consécutifs à des périchondrites tuberculeuses ou syphilitiques, ce sont pour ainsi dire les symptômes obligés de ces sortes de lésions.

Symptomes. — Lorsque les abcès du larynx constituent l'épisode d'une autre maladie, ils passent souvent inaperçus, au moins au début; un peu plus tard, ils produisent une série de troubles locaux ou généraux assez intéressants à étudier.

A. *Symptômes fonctionnels* — Habituellement l'abcès débute par une série d'accès fébriles d'une intensité variable, puis bientôt apparaît au niveau du cou, dans un point fixe, localisé exactement au niveau du larynx, au milieu ou sur le côté de cet organe, une douleur toujours intense, souvent irradiée du côté de l'oreille. Les phénomènes douloureux sont en général exaspérés par la pression ou par la déglutition. La toux est extrêmement pénible, les sensations de corps étrangers siégeant dans le larynx sont d'autant plus prononcées que le gonflement inflammatoire ou plutôt l'œdème du voisinage est plus considérable. La dysphagie tient au siège de l'abcès ; très intense dans les collections purulentes pharyngo-laryngées (abcès extrinsèques) gênant même dans ces cas l'alimentation du malade ; elle est en général moins prononcée lorsque l'abcès s'est formé dans l'intérieur de l'organe

vocal. Par contre, dans ces cas, les troubles respiratoires sont rapides et assez graves pour compromettre l'existence du malade, si l'on n'assure la respiration par une intervention chirurgicale.

La dyspnée est la conséquence de l'infiltration et souvent aussi de l'immobilisation complète ou partielle de l'un ou des deux aryténoïdes sur la ligne médiane. L'altération de la voix est d'autant plus marquée que la tuméfaction siège plus près des cordes vocales. Toutefois le timbre vocal est toujours plus ou moins altéré, voilé, on observe aussi de l'aphonie complète. La phonation est presque toujours douloureuse; la toux sonore, quinteuse, claire au début, prend généralement un caractère de raucité spéciale, elle finit par s'éteindre complètement si l'infiltration œdémateuse est considérable et surtout si les aryténoïdes sont immobilisés. La sécrétion, presque nulle au début, ne tarde pas à devenir mucopurulente et purulente même au moment de l'ouverture de l'abcès.

B. *Symptômes objectifs.* — Les différents signes fonctionnels rencontrés dans toute inflammation aiguë de l'arrière-gorge ne fournissent que des présomptions en faveur de l'existence d'une poche purulente au milieu ou autour du larynx. L'inspection directe seule permettra d'établir le diagnostic exact de la maladie et sa localisation. Les abcès extra-laryngés, symptomatiques de périchondrites ou nés sur les parties externes du larynx; se manifestent par un gonflement de la région, de l'empâtement et de la fluctuation.

Les abcès pharyngo-laryngés sont caractérisés par un gonflement plus ou moins considérable des gouttières latérales du pharynx inférieur, avec infiltration des replis ary- ou glosso-épiglottiques. Souvent l'épiglotte est infiltrée d'un seul côté et immobilisée avec la partie du larynx correspondante. La région atteinte est non seulement saillante, mais elle est rouge vif, luisante, se détachant d'une façon nette sur la muqueuse environnante.

Il est possible dans les formes discrètes d'apercevoir soit sur les replis de l'opercule glottique, vers la région aryténoïdienne,

une tumeur jaunâtre, arrondie, collection de pus s'offrant pour ainsi dire au couteau de l'opérateur.

Les abcès endo-laryngés occupent très souvent les bandes ventriculaires et parfois la région sous-glottique, ils sont caractérisés par une infiltration plus ou moins considérable de la région infectée avec œdème de voisinage. Habituellement d'un petit volume, la collection purulente peut atteindre les dimensions d'une noisette, d'une noix, d'un marron même, lorsqu'elle siège sur la face laryngée de l'épiglotte; les bandes ventriculaires ou la face interne des replis ary-épiglottiques. Je l'ai rencontrée dans la région cricoïdienne et trachéale. Dans ces formes, le boursouflement de la région sous-laryngée produisait des troubles dyspnéiques intenses.

Anatomie pathologique. — Dans les nombreux cas où l'on a eu l'occasion de pratiquer l'examen du larynx *post mortem*, on a constaté des collections purulentes s'étendant plus ou moins loin dans le tissu cellulaire sous-muqueux, dans lequel le processus infectieux reste souvent localisé. C'est ainsi que Janicot (Paris 1879) et Dudefoy (Paris 1893) rapportent dans leur travail inaugural une série d'observations dans lesquelles on trouva une infiltration purulente ayant envahi presque tout l'organe vocal en dehors, sans que pour celà la charpente vraie du larynx présentât la moindre trace d'altération au moins, à l'examen extérieur. Toutefois si la suppuration s'établit entre le périchondre et le cartillage; ce dernier mis à nu ne tardera pas à se nécroser si la marche de l'affection lui en laisse le temps. Très souvent en effet ou bien les malades meurent bien avant qu'il ait pu se produire des modifications du fibro-cartilage, ou bien l'abcès a été évacué extérieurement et tout rentre dans l'ordre.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche des abcès du larynx varie d'après la cause qui leur a donné naissance et surtout d'après l'état général du malade. Ordinairement rapide, évoluant comme une affection suraiguë, l'infiltration purulente de la muqueuse vocale détermine la mort en quelques heures, par suffo-

cation; d'autres fois la tuméfaction gagne de proche en proche et la suppuration tend à se faire jour à l'extérieur. Suivant le point de départ et le siège de l'abcès, le pus pourra s'infiltrer dans les régions voisines et produire de véritables fusées purulentes du cou, du pourtour de la trachée ou du médiastin. La durée de la maladie peut donc être extrêmement variable, suivant le volume de l'abcès, son siège et le degré d'infection. La mort survient par suffocation ou par syncope inhibitoire.

La présence de pus septique dans les bronches après l'ouverture de l'abcès, est également susceptible de déterminer l'éclosion d'une pneumonie septique, toujours grave en pareil cas.

Citons encore parmi les complications possibles l'emphysème localisé, les tumeurs gazeuses, par rupture des parois laryngées ou trachéales. On a même observé (Ricard) des fistules borgnes externes siégeant au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne ou du cartilage thyroïde lui-même entretenues par de la périchondrite. Toutefois certaines collections purulentes du larynx peuvent se terminer par résolution, tout comme dans les altérations analogues des régions voisines.

Pronostic. — Le pronostic dépend de l'étendue et de la marche de l'infection locale.

Il est généralement grave, le malade étant exposé à mourir brusquement par arrêt du cœur, comme dans certaines maladies infectieuses (fièvre typhoïde, etc.) même lorsque la respiration est assurée par la trachéotomie.

Diagnostic. — La laryngite œdémateuse aiguë est la maladie qui de toutes présente le plus d'analogie avec l'abcès du larynx; toutefois, dans cette affection il n'existe pas de douleur réelle à la pression, ni de dysphagie intense. D'un autre côté, la marche rapide de l'œdème, sa terminaison par résolution, le caractère moins grave de l'infection du malade sont autant de signes qui mettront sur la voie du diagnostic.

Quant à la laryngite érysipélateuse, on peut avec Massei admettre qu'elle est en tous points semblable à certains abcès dif-

fus de cette région ; seule la mobilité plus ou moins grande de la lésion et les phénomènes généraux qui caractérisent l'érysipèle pourraient permettre d'établir un diagnostic différentiel. Je ne parlerai pas de l'examen bactériologique des sécrétions, car une fois l'abcès ouvert, il est souvent difficile de dire s'il a été érysipélateux ou simplement inflammatoire.

La laryngite striduleuse s'observe surtout chez les jeunes sujets et les phénomènes passagers qu'elle détermine sont trop caractéristiques pour qu'il soit besoin d'établir un diagnostic différentiel entre ces deux altérations.

Les corps étrangers se reconnaîtront à l'examen direct, de même que les tumeurs du larynx susceptibles d'entraîner dans leur cortège sympomatique soit des périchondrites avec abcès, soit toute autre lésion du même genre.

Il convient d'ajouter que très souvent un œil un peu habitué à pratiquer l'examen laryngoscopique, reconnaîtra à l'examen direct, avec un bon éclairage, la présence de pus sous la muqueuse. Cette dernière prend une teinte jaunâtre caractéristique, se détachant nettement des parties voisines toujours plus ou moins rouges ou simplement œdémateuses.

Je ne parlerai pas du toucher qui peut présenter des dangers assez graves pour mettre la vie du malade en péril, c'est un moyen inutile du reste pour reconnaître les abcès du larynx, car les efforts du malade pendant cet examen enlèvent à ce mode d'exploration ce qu'il semblerait avoir de précieux.

Traitement. — A. *L'abcès est extra-laryngé.* — Si l'on voit le malade tout à fait au début de l'infection on pourra essayer le traitement résolutif qui consiste en purgatifs légers, applications locales de glace autour du cou ou de cataplasmes très chauds et fumigations émollientes. Quelques sangsues placées à l'extérieur pourront favoriser la résolution, l'attouchement local avec de la teinture d'iode ou une solution de chlorure de zinc au trentième, produit parfois le même effet.

S'il n'est pas possible d'obtenir la guérison et que l'abcès tende à se former, à plus forte raison s'il existe du pus, le seul traite-

ment sera l'incision. Si la collection fait saillie à l'extérieur on l'ouvrira au bistouri, d'après les règles habituelles en ayant soin de drainer largement la plaie, de façon à faciliter l'écoulement du pus et à obtenir la cicatrisation.

Si au contraire l'abcès fait saillie du côté de l'arrière-gorge, à l'entrée du larynx, on essayera les scarifications ou mieux encore l'ouverture de la poche au galvanocautère ou à la pince coupante, en réséquant une partie de la muqueuse qui le recouvre. Il est important de faire une ouverture suffisante pour qu'elle reste bien ouverte et permette à la collection de se vider au dehors. En général dans ces sortes d'abcès l'intervention est souvent très difficile, le malade ouvrant la bouche avec difficulté et toutes ces parties étant infiltrées et douloureuses. Aussi dans les formes graves, le traitement d'urgence qui s'impose est-il la trachéotomie. Cette opération assurera la respiration du malade, tandis que la sonde œsophagienne passée par le nez permettra de l'alimenter pendant la période grave de son infection.

B. *L'abcès est intra-laryngé.* — A la période de début on pourra essayer les différents moyens dont je viens de parler à propos des collections purulentes siégeant en dehors de l'organe vocal. A une période plus avancée, il sera nécessaire, si la chose est possible, de pratiquer l'ouverture de l'abcès à l'aide des divers instruments dont dispose l'arsenal laryngoscopique. J'avoue donner la préférence à la pointe galvanique. Le galvano a en effet l'avantage, non seulement de créer un pertuis large et profond dans l'épaisseur des tissus tuméfiés, fluctuants, mais aussi de laisser un orifice permanent qui assure pendant plusieurs jours le drainage de la cavité et facilite l'évacuation du pus. De plus, l'ouverture galvanique évite toute hémorragie et permet à l'opérateur de se diriger sûrement sur le point où il agit. On assurera d'abord l'anesthésie de la muqueuse à l'aide de pulvérisations, instillations ou attouchements avec une solution de cocaïne à 10 ou 20 p. 100, additionnée d'un cinquième environ de solution d'adrénaline à 1 p. 1000.

J'ai déjà dit que la trachéotomie pouvait être indiquée comme

traitement d'urgence à toutes les périodes de l'infection ; elle sera faite par le procédé lent, de manière à éviter toute sorte de mécompte.

LARYNGITE CATARRHALE CHRONIQUE

Définition. — On désigne ainsi une inflammation chronique de la muqueuse laryngée, pouvant revêtir la forme catarrhale simple, hypertrophique ou ulcéreuse.

Étiologie. — Habituellement l'inflammation chronique de la muqueuse vocale succède à une ou à plusieurs laryngites aiguës.

Les suppurations chroniques des fosses nasales, du naso-pharynx et surtout des cavités accessoires, du nez et même de l'arrière-gorge, prédisposent aux atteintes de catarrhe chronique du larynx.

Il semblerait démontré que l'hérédité n'est pas tout à fait étrangère à la production de la maladie. On a également attribué à l'élongation de la luette un rôle pathogénique important dans l'étiologie de cette affection, à cause des mouvements de déglutition et des quintes de toux que détermine la titillation de cet organe sur l'épiglotte. En réalité je crois avec Rühle que l'hypertrophie de la luette est plutôt la conséquence d'une angine chronique diffuse, qui s'étend au larynx que la cause occasionnelle de cette maladie.

Par contre, certaines professions prédisposent la muqueuse vocale aux inflammations chroniques ; c'est ainsi que les crieurs publics, les chanteurs, les professeurs, les ecclésiastiques, les orateurs populaires, les avocats, en un mot toutes les personnes appelées à parler souvent dans une atmosphère surchauffée, se trouvent plus particulièrement exposées à être atteintes. D'après mon expérience il me semble que ce sont surtout les professionnels de la voix obligés de parler dans un registre autre que celui qui conviendrait à la structure de leur larynx, qui se fatiguent le plus facilement ; c'est ainsi que les petits larynx de soprani chez la femme, de ténors légers chez l'homme suppor-

lent beaucoup moins la fatigue que les larynx de mezzo et de contralti chez les femmes, ou de baryton chez l'homme.

La laryngite chronique est aussi fréquente chez quelques fumeurs et chez les alcooliques. On l'observe encore chez la femme, dans le cours de certaines affections utérines, et particulièrement au moment de la ménopause. Il se peut très bien que les tempéraments arthritiques ou herpétiques puissent avoir une influence sur le développement de la maladie, à la condition toutefois que le sujet soit exposé à l'une des différentes causes que nous venons d'énumérer.

Plus fréquente dans l'âge moyen de la vie, et peut-être chez les hommes, la laryngite chronique n'est pas rare chez l'enfant ; on l'observe particulièrement vers l'âge de sept à dix ans, surtout chez les garçons, à la suite de fatigues vocales, abus du chant, des cris, des lectures à haute voix ou comme reste d'inflammations catarrhales ou des fièvres éruptives. Elle est assez fréquente dans les écoles où l'on a l'habitude de faire chanter les enfants en chœur. J'ai vu cette forme de laryngite durer souvent plusieurs années, en dépit du traitement, et guérir ensuite soit au moment de la puberté ou de la mue, quelquefois même avant. Les excès de toutes sortes et l'onanisme même, paraissent jouer un rôle important dans la pathogénie de l'affection ; ils déterminent au début de simples phénomènes congestifs qui à force de se répéter se traduisent par de véritables lésions inflammatoires.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes généraux sont habituellement très peu marqués, ou même n'existent pas.

Les troubles fonctionnels se traduisent tantôt par une sensation d'irritation à l'arrière-gorge, que certains malades comparent à une brûlure, d'autres fois à la présence d'une arête ou d'une épingle implantée dans la paroi postérieure du pharynx. La toux est pour ainsi dire nulle, ou bien elle est la conséquence d'une trachéite ou trachéo-bronchite concomitante. Toutefois l'accumulation de sécrétions dans le larynx peut amener un besoin de racler la gorge pour la débarrasser des sécrétions qui s'y trou-

vent ; c'est habituellement le matin au réveil, que le malade éprouve la nécessité de nettoyer son larynx.

Seuls les troubles vocaux ont une importance symptomatique réelle, car ils sont constants. La voix est tantôt simplement enrouée, rauque, cassée ou seulement couverte ; l'enrouement très marqué le matin, peut même disparaître soit à la suite de l'expulsion de mucosités, soit par accélération de la circulation capillaire et le stimulus des centres nerveux : c'est là ce que les chanteurs appellent échauffer leur voix.

Il n'est pas rare de voir se produire plusieurs fois par jour des modifications vocales. C'est ainsi que certains malades, presque aphones au réveil, arrivent à parler d'une manière à peu près convenable dans la journée, pour être de nouveau plus ou moins enroués le soir. Toutefois, dans la laryngite chronique confirmée, la dysphonie est à peu près constante, mais ses manifestations sont variées.

Dans les formes légères ce sont de simples troubles portant sur les nuances du timbre. C'est ainsi qu'un chanteur ne peut filer un son, attaquer une note et la tenir sans que sa voix se casse ou n'ait plus sa pureté et sa sonorité habituelle.

Ces modifications vocales sont surtout appréciables chez les femmes et en particulier chez les soprani et les ténors légers. Les modulations de la voix dans les notes dites de passage et dans la demi-teinte sont les premières altérées, puis peu à peu le chanteur s'enroue facilement, il n'attaque plus les notes avec la même sûreté, il est obligé de surveiller son émission. Bientôt il arrive à employer ce qu'en terme de chant on appelle vulgairement « des ficelles », c'est-à-dire des artifices qui lui permettent encore de moduler certains morceaux dont l'exécution est devenue cependant beaucoup plus difficile pour lui que lorsque l'organe était sain.

L'expectoration est à peu près nulle, sauf le matin où le malade rejette parfois des mucosités blanchâtres, grisâtres, et perlées qui se sont concrétées et accumulées dans les ventricules de Morgagni. Elles varient de couleur suivant la profession des individus et suivant les poussières qu'ils ont respirées dans la

journée. Parfois elles sont très adhérentes, tout à fait gélatiniformes, se détachant difficilement de la muqueuse, et même dans certains cas striées de sang, si les sujets atteints de catarrhe généralisé font de violents efforts d'expulsion.

Lorsque la sécrétion est plus épaisse et véritablement croûteuse, elle appartient alors à une autre forme de laryngite que nous décrirons plus loin (voir p. 352).

Les symptômes importants des différentes formes de la laryngite chronique sont surtout révélés par l'examen direct qui seul permet de faire le diagnostic exact de la lésion et de reconnaître sa nature.

A. *Forme catarrhale.* — Dans les cas légers l'affection se traduit par une simple rougeur de toute la muqueuse. Les cordes vocales inférieures ont habituellement perdu leur aspect nacré, elles sont grisâtres, sillonnées de lacis vasculaires à direction antéro-postérieure.

Elles sont dépolies à leur surface, humides, recouvertes souvent de mucosités adhérentes d'un blanc laiteux, que l'on voit vibrer avec les cordes pendant l'émission de la voyelle E.

Dans les formes plus prononcées, les rubans vocaux sont non seulement rouges, mais ils sont éraillés comme s'ils avaient été dépolis avec une lime fine. Ils sont également détendus par suite de la parésie du muscle sous-jacent (thyro-aryténoïdien). Quelquefois même ils prennent un aspect réellement granuleux, parsemés de petites saillies rougeâtres, minuscules, leur donnant un aspect irrégulier. Par suite de l'épaississement de la muqueuse qui les recouvre au lieu d'être rubannées les cordes paraissent être cylindriques.

L'épiglotte et ses replis sont quelquefois vascularisés mais ordinairement ils sont sains.

La muqueuse aryténoïdienne est en général gaufrée, offrant cet aspect dit velvétique, qui la fait ressembler à du velours d'Utrecht.

Il peut arriver que les différentes altérations que je viens de

signaler, quoique diffuses, soient plus marquées d'un côté du larynx que de l'autre. C'est ainsi qu'un des rubans vocaux peut être simplement grisâtre et dépoli alors que l'autre est rouge et éraillé à sa surface.

B. *Forme hypertrophique.* — Avec Ruault je pense qu'il faut comprendre dans la laryngite dite hypertrophique, non seulement les modifications observées du côté des cordes vocales, et de la muqueuse laryngée, chez certains professionnels, tels que les crieurs publics, avocats, chanteurs, etc., mais aussi les hypertrophies localisées ou circonscrites (état verruqueux, pachydermie, voire même certains nodules).

Dans la laryngite hypertrophique simple on observe une tuméfaction diffuse occupant aussi bien l'épiglotte et ses replis, que les bandes ventriculaires ou les cordes vocales inférieures. Toutes ces régions sont rouges, vascularisées, et présentent souvent en même temps les altérations variées que l'on rencontre dans les formes circonscrites.

Dans ces sortes de laryngites chroniques, la muqueuse interaryténoïdienne est toujours épaissie. Pendant de longues années on a même considéré cette hypertrophie limitée comme un signe prémonitoire de tuberculose laryngée. Cette lésion se présente habituellement sous la forme de saillies granuleuses, mamelonnées, inégales, franchement irrégulières, polypoïdes même, faisant saillie entre les cordes vocales, au point d'empêcher le rapprochement des cartilages aryténoïdes pendant la phonation, ce qui donne à la voix un timbre grave et couvert. Cet état verruqueux peut même s'étendre à une partie et même à toute la longueur d'une corde vocale formant une sorte de chordite hypertrophique (chorditis tuberosa). Dans ces cas le ruban vocal notablement augmenté de volume prend une teinte rosée, il est granuleux, irrégulier et bosselé ; c'est l'altération pathologique désigné par Virchow et par les Allemands sous le nom de pachydermie laryngée. Elle n'a toutefois rien de caractéristique, car on l'observe assez fréquemment dans la tuberculose, la syphilis et même d'après certains auteurs au début du cancer. Toutefois,

j'avoue faire les réserves les plus expresses à ce dernier point de vue, car les deux lésions offrent à un œil exercé quelques dissemblances manifestes et faciles à saisir. Cette dégénérescence dermo-papillaire du larynx m'a paru être particulièrement fréquente chez les malades porteurs de coryzas atrophiques avec ou sans ozène, atteints de laryngites chroniques.

On peut également comprendre dans la description de la forme circonscrite les hypertrophies occupant le bord libre des cordes vocales inférieures, désignées par Stoerck et Wagnier sous le nom de nodules. Toutefois ces altérations vocales sont tellement localisées et leur pathogénie a donné lieu à une série de discussions telles que nous préférons les décrire séparément avec les tumeurs bénignes du larynx.

C. *Forme ulcéreuse*. — Pendant assez longtemps on a nié la possibilité des ulcérations de la muqueuse vocale, en dehors de toute maladie infectieuse, syphilis, tuberculose, grippe, fièvres éruptives, etc., etc. Mais, à l'heure actuelle, depuis les recherches d'Isambert, Stoerck, Schnitzler, Hering, et de beaucoup d'autres, l'existence d'érosions ou d'ulcérations au cours de la laryngite chronique est parfaitement démontrée et admise. Ordinairement, il s'agit de simples érosions et rarement de véritables ulcérations superficielles. Ces altérations morbides occupent soit la partie moyenne du bord libre des cordes vocales, soit le point d'union de la corde avec le cartilage aryténoïde au niveau des apophyses vocales. Elles sont caractérisées par des pertes de substance en coup d'ongle, d'aspect rosé, se détachant par des bords rouges, comme si elles avaient été taillées à l'emporte-pièce à la surface de la corde.

Le plus souvent uniques, ces érosions peuvent être multiples. Avec elles existent toujours les autres signes caractéristiques d'une inflammation catarrhale chronique du larynx. La présence d'œdème ou infiltration périphérique témoignerait d'une affection plus profonde de la muqueuse vocale.

On peut rencontrer également des fissures ou raghades occupant la muqueuse inter-aryténoïdienne ; elles sont constituées par

un petit enfoncement en forme de sillon, avec de petites élevures de chaque côté. Ces fissures sont douloureuses au moment des poussées aiguës, elles occasionnent des sensations de brûlure et de chatouillement, qui provoquent une toux déchirante, souvent très pénible. S'il existe des troubles parétiques ils portent de préférence sur le thyro-aryténoïdien. Ils sont l'accompagnement à peu près obligatoire de toute laryngite chronique ancienne et un peu prononcée; c'est à eux qu'il faut attribuer une grande partie des troubles vocaux observés au cours de cette affection.

Anatomie pathologique. — L'inflammation simple ainsi que les érosions ne présentent rien de particulier, seule la transformation dermo-papillaire de la muqueuse vocale désignée par Virchow sous le nom de pachydermie laryngée, mérite de nous arrêter quelques instants. Nous avons déjà dit que cette dénomination était surtout employée en Allemagne et en Autriche, pour désigner l'état verruqueux appelé autrefois velvétique (formes légères) et papillaire dans les cas plus prononcés. Cette lésion n'offre du reste rien de caractéristique puisqu'il s'agit en somme de simples réactions de la muqueuse du larynx, telles qu'on en observe à la suite d'une irritation continue quelconque, dans le catarrhe chronique, dans la tuberculose ou dans la syphilis. De cette sorte, la constatation de cet état particulier ne fournit pas des renseignements précis sur sa nature. Il incite simplement le praticien à faire un examen plus complet de son malade et à établir son diagnostic d'après les lésions concomitantes.

Marche Durée. Terminaison. — La durée de la laryngite chronique est pour ainsi dire indéfinie, surtout si le malade continue à exercer la profession qui lui a donné naissance. Toutefois, lorsqu'un traitement hygiénique et local bien combinés peuvent être appliqués régulièrement, l'affection est susceptible de s'améliorer très notablement et même de guérir, malgré sa longue durée antérieure. Seules, les formes hypertrophiques localisées ou diffuses sont habituellement plus tenaces et ont une marche progressive. Elles peuvent cependant rester stationnaires et

même rétrocéder sous l'influence d'interventions répétées et énergiques.

Pronostic. — Il est bénin, en ce sens que la terminaison fatale ne survient jamais dans la laryngite catarrhale chronique simple. Il faut simplement tenir pour suspects les malades porteurs de ces états verruqueux localisés à une corde vocale (chordite inférieure) ou à la région inter-aryténoïdienne, car il n'est pas rare de voir chez ces derniers, évoluer à une époque plus ou moins éloignée du début de l'affection laryngée, une tuberculose pulmonaire dont il n'est pas toujours possible de mesurer la portée.

Le pronostic de certaines laryngites chroniques est grave chez quelques malades, puisqu'il peut les obliger à quitter la profession qui a déterminé la lésion laryngée.

Diagnostic. — La première condition, pour établir le diagnostic est de pratiquer l'examen de l'organe vocal qui seul permettra de reconnaître les parties du larynx atteintes et fournira des indications sur la nature des diverses lésions observées.

La laryngite, dite granuleuse a beaucoup perdu de sa valeur depuis que l'on fait un examen plus approfondi des fosses nasales, de l'arrière-gorge et du larynx ; elle peut même être considérée comme une des modalités cliniques des laryngites chroniques car les véritables granulations n'existent pour ainsi dire pas. Certains polypes minuscules des cordes vocales, occupant leur tiers antérieur ou postérieur, pourraient en imposer pour des nodules ; mais le polype est habituellement plus saillant, plus volumineux, et unique ; du reste, nous verrons plus loin à quels signes on peut distinguer ces deux sortes de lésions.

La paralysie ou parésie des thyro-aryténoïdiens étant habituellement la conséquence d'une inflammation des cordes, il est presque superflu de la différencier de la laryngite chronique simple. Seules les érosions ou ulcérations superficielles pourraient faire croire à une altération plus profonde telle que la syphilis à la période secondaire ou à la tuberculose ; mais le siège de la lésion, son aspect superficiel et localisé et l'absence d'autres

altérations de la muqueuse, dans la laryngite simple; l'œdème, l'infiltration périphérique dans la tuberculose, la rougeur diffuse, les plaques muqueuses et autres altérations de l'arrière-gorge, dans la syphilis, permettront habituellement d'éviter une erreur de diagnostic. J'ai déjà dit qu'il était impossible de faire une différence entre la pachydermie laryngée de la laryngite catarrhale et celle de la syphilis et de la tuberculose; dans ces cas c'est surtout la marche de la maladie, l'état général du malade qui permettront de reconnaître la nature de cette dégénérescence.

Je ne crois pas qu'il soit utile de faire un diagnostic différentiel entre le cancer du larynx et les formes de laryngite hypertrophiques même circonscrites, les deux affections me paraissant avoir un aspect clinique trop différent l'un de l'autre.

Traitement. — Dans la laryngite chronique, quelle que soit la forme en présence de laquelle on se trouve, il faudra d'abord s'adresser à l'état général. On tâchera ensuite de supprimer les causes de l'inflammation vocale et de soustraire la malade aux influences nocives des poussières ou vapeurs irritantes soupçonnées d'avoir produit l'affection. Il faudra en outre s'assurer de l'intégrité de la muqueuse nasale, naso-pharyngienne ou de l'arrière-gorge.

Quant aux remèdes locaux ils consisteront en inhalations faites avec un demi-litre d'eau plus ou moins chaude, dans lequel on mettra chaque fois une cuillerée à café de la solution qui suit :

Menthol pulvérisé.	} àà 5 grammes
Baume du Pérou	
Baume de térébenthine	
Teinture d'eucalyptus.	300 »

Ces inhalations seront employées matin et soir ou même trois fois par jour pendant 5 à 6 minutes, soit à l'aide d'un inhalateur spécial, soit simplement sur une bouillotte munie d'un cornet en carton, englobant le nez et la bouche du malade pour l'obliger à faire passer les vapeurs par ces deux voies.

On pourra également prescrire des pulvérisations, à l'aide d'une des solutions suivantes :

Solution avec :

Borate de soude.	} àà	5 grammes
Benzoate de soude de benjoin . .		
Teinture d'eucalyptus.	10	»
Glycérine.	40	»
Eau	450	»

à employer matin et soir pendant cinq minutes avec un pulvérisateur à vapeur.

Les solutions phéniquées au 1/1000e ou au 1/500e, conviennent encore très bien pour ces sortes de pulvérisations laryngées. Le malade devra au début respirer doucement, de manière à habituer peu à peu son larynx à l'entrée des vapeurs dans ses voies aériennes et éviter les quintes de toux qui accompagnent fatalement les aspirations trop fortes ou trop prolongées.

Le traitement le plus actif dans ces cas est incontestablement la cautérisation de la muqueuse laryngée à l'aide du porte-ouate imbibé de solution au chlorure de zinc à 1/100e au 1/50e ou même au 1/30e. Le nitrate d'argent, moins efficace à mon sens, peut être employé à doses un peu plus concentrées au 1/50, au 1/20e ou au 1/10e même.

Ces cautérisations de la muqueuse vocale doivent être faites deux fois par semaine environ, au début, puis une seule fois à mesure que l'affection tend à guérir.

Dans les formes réellement hypertrophiques et pachydermiques, etc., les attouchements caustiques, aussi énergiques soient-ils, ne sauraient donner de résultats bien sérieux ; il est indispensable de faire un véritable curetage de la muqueuse laryngée, avec la curette ou de préférence avec la pince coupante. En général, la pince de Ruault suffit très bien pour cet usage. Après avoir cocaïné et adrénalisé le larynx, comme pour l'extirpation des polypes, on fait une série de prises avec la pince, au niveau des parties hypertrophiées.

On peut également appliquer des pointes de feu au galvano-

cautère. Ces dernières m'ont donné d'excellents résultats dans les formes hypertrophiques localisées à la muqueuse inter-aryténoïdienne, ou aux cordes vocales. Elles peuvent être répétées aussi souvent qu'il est nécessaire, à des intervalles qui varient de dix à douze jours.

La forme ulcéreuse, est justiciable des mêmes moyens que les lésions catarrhales simples. Il faut savoir qu'elle est assez rebelle et que souvent ces pertes de substances mettent plusieurs mois à se réparer. Le repos de l'organe par le silence est un excellent adjuvant du traitement local. Enfin, dans certaines formes chroniques professionnelles, revenant facilement sous l'influence de l'exercice de la profession du malade, on pourra se borner simplement à prescrire des eaux thermales sulfureuses : Pyrénées, Amélie-les-Bains, Enghien, etc., ou les eaux arsenicales, la Bourboule, le Mont-Dore, Royat même lorsque les sujets seront très impressionnables et délicats.

Le traitement hydro-minéral devra être conduit d'après l'état diathésique de chaque malade et d'après la manière dont il réagira sous l'influence de ce traitement. Il est impossible de le formuler à l'avance ; seul le médecin traitant sera à même de juger de l'intensité plus ou moins grande qu'il faudra lui donner pour graduer ses effets et obtenir le résultat voulu.

Nous n'avons pas à discuter ici à quelle cause peut être dû le succès de la cure hydro-minérale, ce qui est certain c'est que seule bien souvent, elle permet de débarrasser définitivement un malade d'une affection laryngée rebelle à tous les autres modes de traitement.

Enfin, en terminant l'exposé des différents moyens thérapeutiques dont nous disposons en pareil cas, je dois rappeler que souvent la laryngite est sous la dépendance d'une affection nasale et qu'il faut avant tout porter toute son attention et ses efforts du côté de cet organe pour guérir le larynx.

Le traitement variera bien entendu, avec les différentes lésions en présence desquelles on se trouvera.

Les parésies secondaires observées au cours des laryngites chroniques, cèdent habituellement à un traitement approprié,

lorsque les lésions inflammatoires de la muqueuse vocale ont disparu.

LARYNGITE SÈCHE

La laryngite sèche ou atrophique peut être considérée dans la plupart des cas, comme directement liée à la rhino-pharyngite atrophique, dont elle est sinon le stade ultime, du moins une propagation directe. La cause la plus habituelle de cette affection est donc le coryza atrophique ozénateux ou les différentes formes de pharyngites strumeuses déjà décrites dans la première partie de ce volume (voir p. 212).

Symptomes. — Le trouble capital consiste en une sensation de sécheresse due plutôt à l'état du pharynx qu'à celui de la muqueuse laryngée. On peut également observer de la gêne respiratoire par accumulation de matières croûteuses dans l'intérieur du larynx et de la trachée. Habituellement la toux est rare ou presque nulle car la sensibilité du larynx est très diminuée, c'est du reste l'une des causes qui favorisent la stagnation et l'accumulation des sécrétions dans l'intérieur des voies aériennes supérieures.

La voix est enrouée, grave, voilée, presque aphone même dans quelques cas, car il n'est pas rare de voir associés aux lésions inflammatoires des cordes, des troubles paralytiques portant sur les muscles thyro-aryténoïdiens, sur les constricteurs ou même les dilatateurs. Ces troubles musculaires empêchent le malade d'expulser aisément les produits arrêtés dans l'espace glottique et sous-glottique. La sécrétion, consiste en produits muco-purulents très épais, visqueux, d'aspect verdâtre, d'autant plus foncés qu'ils ont séjourné pendant un temps plus long dans l'intérieur des voies aériennes. Ces sécrétions sont surtout très abondantes au réveil, après le repos de la nuit, elles se détachent en produisant une sensation de déchirure, quelquefois accompagnée de filets sanguins dus aux efforts faits par le malade pour les expulser de son larynx. Il n'est pas extrêmement rare, dans les formes avan-

cées, de voir se produire des stries sanguinolentes sous-muqueuses et même des hémorragies laryngées. La dyspnée pouvant aller jusqu'à la suffocation est due à la présence d'amas croûteux desséchés formant de véritables corps étrangers. On observe alors de l'ozène trachéal; toutefois, il faut s'assurer que cette odeur *sui generis* vient bien des voies aériennes supérieures et non des fosses nasales.

A l'*examen laryngoscopique*, ce qui frappe tout d'abord, en dehors de l'aspect de la paroi pharyngienne, c'est la présence du côté de l'épiglotte et de la région inter-aryténoïdienne, souvent même au milieu des cordes vocales, de sécrétions épaisses d'aspect verdâtre ou noirâtre. On les retrouve sur les bandes ventriculaires, sur les cordes vocales, ou dans les ventricules, la région sous-glottique et la trachée. Pendant les efforts de phonation elles viennent se pelotonner dans l'espace inter-aryténoïdien, quitte à se détacher plus tard pour être dégluties par le malade, ou rejetées au dehors, suivant les cas.

Une fois le larynx débarrassé de ces amas concrets, les cordes vocales apparaissent rouges et dépolies, irrégulières et desquamées sur toute leur surface. La région postérieure est plissée, épaissie, parsemée de raghades ou de rugosités. Elle présente cet aspect de dégénérescence dermo-papillaire pachydermique fréquent dans quelques formes de laryngites tuberculeuses chroniques.

Les parésies musculaires se reconnaîtront à leurs signes habituels, elles portent presque toujours sur les thyro-aryténoïdiens.

Diagnostic. — Le diagnostic de la laryngite est ordinairement facile, et la présence de croûtes dans le larynx doit immédiatement faire songer à l'existence d'un catarrhe atrophique du naso-pharynx ou des fosses nasales, et par conséquent inciter à examiner ces organes.

Pronostic. — Le pronostic est en général bénin, et la guérison la règle, mais il faut savoir que l'affection est des plus chroniques; elle revient avec une grande facilité si l'on n'a pas soin de diriger

le traitement non seulement contre la lésion laryngée, mais aussi contre le coryza qui dans la plupart des cas lui a donné naissance.

Traitement. — Le traitement devra d'abord être dirigé du côté des cavités nasales et naso-pharyngiennes. A cet égard, les lavages, les pulvérisations et toute la thérapeutique recommandée dans le coryza atrophique (voir mon *Manuel pratique des Fosses nasales*, 2e édition) devra être mise en usage.

Comme traitement local, les pulvérisations sulfureuses ou émollientes, alcalines de préférence, constitueront une excellente médication. Je prescris volontiers la formule suivante :

Benzoate de soude de benjoin. . . .	8	grammes
Bromure ou iodure de sodium. . .	4	»
Glycérine	40	»
Teinture d'eucalyptus	10	»
Eau	450	»

en pulvérisations deux ou trois fois par jour pendant cinq minutes, avec un pulvérisateur à vapeur Les inhalations sont aussi recommandables (voir p. 349).



Fig. 93. — Seringue pour injections intralaryngées ou trachéales.

Les attouchements de la muqueuse vocale avec des solutions iodo-iodurées, de chlorure de zinc, ou nitrate d'argent au 1/50e ou au 1/30e, seront d'excellents topiques pour modifier l'état de la muqueuse vocale.

Les malades se trouveront également très bien d'injections laryngées ou plutôt laryngo-trachéales faites avec de l'huile men-

tholée, à 3 ou 5 p. 100, avec ou sans addition de gaïacol et même d'iodoforme. Elles ont l'avantage énorme d'exciter la sécrétion de la muqueuse et par conséquent de faciliter l'expulsion au dehors de sécrétions croûteuses accumulées dans l'intérieur des premières voies respiratoires. Ces injections pourront être suivant les cas, répétées, soit tous les jours, soit une ou deux fois par semaine.

Voici une bonne formule, solution avec :

Thymol	0,10 centigrammes
Eucalyptol	0,25 »
Menthol	5 grammes
Huile de vaseline ou huile vierge stérilisée.	150 grammes

Dans les formes rebelles et pour compléter la cure, on donnera à l'intérieur, soit du benzoate de soude de benjoin, fortement recommandé, avec raison du reste, par le Dr Ruault, soit des eaux sulfureuses. A ce point de vue, nous pensons, qu'une saison thermale dans les Pyrénées ou bien à Amélie, Aix-les-Bains, ou Enghien, etc., etc., et même aux autres stations minérales, constitueront un excellent traitement de cette altération morbide. Ici on pourra mettre en œuvre tous les moyens thérapeutiques dont disposent les établissements thermaux : douches nasales, naso-pharyngiennes, pulvérisations nasales ou rétronasales, et laryngées.

Toutefois, il convient de remarquer que l'emploi de liquides finement poudroyés au tamis à mailles serrées, conviendra surtout pour faire pénétrer les vapeurs médicamenteuses jusque dans le larynx et même la trachée.

Le humage et les inhalations sont encore de bons moyens de traitement de ces formes de laryngite.

Je le répète en terminant, une fois le larynx guéri, il faudra toujours penser à la lésion nasale qui a été le prélude de la complication laryngo-trachéale et la soigner jusqu'à guérison complète, pour éviter le retour des accidents vocaux.

LARYNGITE SYPHILITIQUE

Ainsi que son nom l'indique, ce chapitre sera consacré à l étude des manifestations de la syphilis du côté de l'organe vocal.

Étiologie. — Comme d'usage nous classerons les différents accidents laryngés en primitifs ou *chancre*, secondaires comprenant l'érythème, les plaques muqueuses, les condylomes et les paralysies; et tertiaires (gommes, ulcérations simples, carie, nécrose et paralysies).

L'accident primitif est très rare, dans le larynx, car de par sa situation profonde, cet organe est à peu près à l'abri de la plupart des causes habituelles de contamination.

J'ai consigné dans mes *Leçons* sur les maladies du larynx, l'observation d'un jeune homme de vingt-deux à vingt-trois ans, ayant été atteint d'un chancre du bord de l'épiglotte (côté gauche), qui fut suivi plus tard des accidents habituels, Morell-Mackenzie et Krishaber ont également rapporté un fait de ce genre ce sont à peu près les seuls cas cités dans la littérature médicale.

Les lésions secondaires reconnaissent habituellement pour cause, en dehors de la syphilis elle-même, l'action du froid (Morell-Mackenzie), l'abus de la voix et surtout l'usage immodéré du tabac, auquel pour ma part j'attribue le rôle étiologique principal dans la longue durée des manifestations laryngées de la syphilis. L'influence de cet irritant quotidien est si vraie que bien souvent malgré l'absorption d'un traitement approprié, il ne se produit aucune espèce d'amélioration dans les lésions de l'organe vocal, si les malades continuent à fumer.

C'est particulièrement pendant la période active de la vie génitale, c'est-à-dire de vingt à quarante ans, que l'on observe surtout la syphilis du larynx, à sa période primitive ou secondaire, mais par contre les manifestations tertiaires sont plus fréquentes au delà de cet âge.

Symptômes. *A*. **Chancre**. — Je serai très bref sur la symptomatologie de l'accident primitif qui se manifeste surtout par un peu

de gène ou même quelques douleurs à la déglutition, dues à la présence d'une ulcération grisâtre à surface rugueuse, entourée d'une zone inflammatoire rouge, faisant songer à la possibilité d'une tumeur maligne. Généralement on observe une série de ganglions indurés, roulant sous le doigt, et indolores dans la région sous-maxillaire ; ils sont plus volumineux du côté atteint. Ces différents symptômes ne sont point toujours caractéristiques C'est par l'âge du malade, la brusquerie du début de l'infection générale du sujet, et surtout par l'apparition des accidents secondaires qu'il est possible d'établir un diagnostic plutôt que par l'aspect de la lésion elle-même.

B. **Accidents secondaires.** — Les troubles fonctionnels de la période secondaire sont en rapport avec les différentes altérations de la muqueuse vocale, aussi décrirai-je d'abord ces diverses manifestations.

1° *Érythème.* — Dans le premier stade, on observe souvent de l'érythème, caractérisé par une rougeur vermillonnée, sombre, diffuse, ou localisée à certains points de la muqueuse, particulièrement au niveau des cordes vocales, vers leur insertion antérieure, sur leurs bords libres ou sur les bandes ventriculaires Cette rougeur est formée comme d'un pointillé très serré dont il est possible de voir les différentes teintes avec un bon éclairage (lumière de Drummond ou électrique). Cette éruption accompagne souvent les lésions analogues de la peau ou de l'arrière gorge, souvent aussi elle persiste lorsqu'apparaissent les plaques muqueuses ; avec l'érythème on constate parfois l'existence de petites érosions dues à une desquamation partielle ou totale de l'épithélium. La sécrétion augmentée comme quantité, devient visqueuse et se dessèche au niveau des cordes vocales, surtout chez les malades porteurs de coryza chronique (Lewin) et en particulier de coryza atrophique (Moure).

Quant à l'œdème signalé par certains auteurs, il est assez rare à la période érythémateuse.

2° *Plaques muqueuses.* — L'existence de plaques muqueuses assez longtemps contestée, est aujourd'hui admise d'une façon

générale par tous les laryngologistes ; elles apparaissent, habituellement, en même temps que la roséole à la peau, et coïncident presque toujours avec des plaques gutturales, buccales ou anales. C'est ordinairement au niveau de l'épiglotte, sur sa face linguale, sur les replis glosso-épiglottiques, sur les bandes ventriculaires, et sur les cordes vocales que se montrent ces lésions. Sur l'opercule glottique elles ont le même aspect que dans l'arrière-gorge, ou le voile du palais. Elles sont presque toujours isolées, saillantes, d'aspect grisâtre avec une surface qui est gaufrée ; elles sont entourées d'un liséré inflammatoire et se détachent en gris sale, terne, sur le fond de la muqueuse simplement rouge ou même tuméfiée. Sur les cordes vocales la plaque muqueuse est grisâtre, un peu saillante, d'aspect presque diphtéroïde, mais entouré d'un liséré carminé très net ; quelquefois même elle a la forme d'un coup d'ongle ou d'une simple érosion.

Ces manifestations occupent les deux cordes vocales ou une seule ; elles siègent habituellement sur leur face supérieure, plus rarement sur leur bord libre.

3° *Œdème*. — Il n'est pas très rare de voir la muqueuse qui entoure les plaques se tuméfier, s'œdématier au point d'entraîner de la sténose glottique avec les accès de suffocation qui accompagnent ces sortes d'altérations morbides.

La tuméfaction inflammatoire secondaire occupe presque toujours l'épiglotte et ses replis, plus rarement les bandes ventriculaires ou la région sous-glottique. C'est ordinairement chez les syphilitiques abusant de leur voix, du tabac et de l'alcool, que l'on rencontre le plus fréquemment ces graves complications de la période secondaire. De même que l'on voit chez eux les plaques buccales de l'arrière-gorge s'ulcérer et devenir phagédéniques. Des cautérisations violentes et intempestives peuvent aussi déterminer l'éclosion de ces accidents.

4° *Condylomes*. — Plus rarement on observe à la période secondaire de véritables crêtes de coq ou condylomes. Quoique rare, cette lésion existe cependant et j'ai déjà signalé dans mes *Leçons*

l'observation d'une fillette de six ans et demi chez laquelle les piliers antérieurs du voile du palais et la base linguale de l'épiglotte étaient garnis de ces tumeurs papillaires d'un blanc grisâtre, rosé en certains points et étalées à la surface de la muqueuse, qui, au premier aspect, paraissait être recouverte d'une fausse membrane irrégulière, ou plutôt d'un papillome diffus.

Le Dr Lacoarret a également rapporté un fait de ce genre, observé chez une femme âgée de cinquante-cinq ans. Depuis cette époque, j'ai eu à différentes reprises, quoique rarement je l'avoue, l'occasion de constater l'existence de pareils condylomes secondaires occupant les bandes ventriculaires et même la région postérieure. Ce sont en général des accidents tenaces, récidivant avec facilité malgré un traitement bien institué.

5° *Paralysie*. — La dernière série des accidents secondaires de la syphilis de l'organe vocal, est constituée par la paralysie: ces troubles de la motilité sont bien entendu tout à faits indépendants d'une compression appréciable des récurrents, elles paraissent avoir été plus fréquentes du côté gauche (Poyet). Elles sont ordinairement unilatérales.

La corde paralysée est presque toujours immobilisée en position médiane tout comme dans les paralysies récurrentielles (voir p. 465).

La pathogénie de ces pertes de la motilité ,est difficile à établir, si l'on élimine l'hypothèse d'une compression par des ganglions trachéaux hypertrophiés.

Troubles fonctionnels. — Pendant la période érythémateuse la voix est à peine altérée dans son timbre, cependant elle prend quelquefois un timbre grave, dur, désagréable, rauque même (raucedo syphilitica). Lorsqu'apparaissent les plaques muqueuses, les altérations vocales sont plus prononcées ; la dysphonie est complète, on observe aussi de la bitonalité ou même de l'aphonie, suivant le siège et l'intensité de la lésion. Si toutes les plaques sont extra-laryngées, on peut constater l'existence d'une légère

douleur au moment de la déglutition ; le plus souvent c'est une simple gêne se localisant du côté atteint.

Dans les cas d'œdème on voit en outre survenir de la dysphagie, de la gêne respiratoire, parfois même des accès de suffocation si la tuméfaction est considérable et immobilise plus ou moins les aryténoïdes.

Dans les cas de paralysie, la voix est bitonale, enrouée, éteinte ou aphone, suivant le degré de paralysie et le nombre des muscles atteints. Par contre si la corde vocale est fixée en position médiane, il peut très bien se faire que la voix soit normale ou à peine altérée dans son timbre.

C. **Accidents tertiaires.** — Ces manifestations de la syphilis apparaissent généralement du côté de l'organe vocal, à une époque très éloignée de l'infection primitive. C'est là un fait absolument évident et il n'est pas exceptionnel de voir les poussées de ce genre survenir dix, quinze et même vingt ans après le chancre ; on a même cité des exemples où ces troubles étaient apparus trente-cinq ans après l'accident primitif.

Les syphilides tertiaires constituent également une des manifestations de la forme héréditaire ; ces faits considérés autrefois comme rares, sont devenus beaucoup plus communs, depuis que les examens laryngoscopiques ont été pratiqués systématiquement dans la plupart des laryngites. Bien des fois, en effet, j'ai vu des enfants trachéotomisés pour un soi-disant croup ayant eu en réalité des manifestations d'hérédo-syphilis du côté de l'organe vocal.

Au-dessus de l'âge de dix ans cette infection héréditaire du larynx est assez connue (Schnitzler, Poyet, Cartaz).

On rencontre dans le larynx trois sortes de manifestations tertiaires : la gomme (circonscrite ou diffuse), les ulcérations et les rétrécissements cicatriciels. Nous étudierons successivement ces trois lésions.

1° *Gomme.* — Les tumeurs gommeuses circonscrites ont habituellement une surface lisse, rougeâtre, unie, s'accompagnant

d'une infiltration péri-inflammatoire qui les délimite nettement. Au moment où la gomme va se ramollir elle présente en divers points de petites saillies jaunâtres autour desquelles va se produire l'ulcération cratériforme qui la caractérisera plus tard. Il n'est pas rare de trouver une série de saillies gommeuses accolées les unes aux autres, donnant à la muqueuse une surface irrégulière mamelonnée par juxtaposition des diverses tumeurs ; mais ces lésions reposent sur un fond infiltré rouge, se détachant du reste de la muqueuse saine.

La gomme infiltrée se présente sous l'aspect d'un bourrelet rouge, inflammatoire, à surface assez lisse, au milieu duquel la partie atteinte se trouve complètement déformée et disparaît même (voir fig. 94).

Fig. 94. — Infiltration gommeuse de la bande ventriculaire ~~droite~~ gauche.

Ces syphilides siègent par ordre de fréquence sur la base de la langue, sur l'épiglotte, sur les bandes ventriculaires, les replis ary-épiglottiques, les cordes vocales inférieures et surtout la région sous-glottique. D'après mon expérience personnelle, je placerai en première ligne les bandes ventriculaires dans la région qui correspond à la muqueuse du ventricule. La lésion est ordinairement unilatérale, occupant un des côtés de l'opercule glottique qu'elle déforme pour le replier sur lui-même, le déjeter en dehors et surtout l'immobiliser, à cause de l'infiltration dont il est le siège.

La partie atteinte n'est immobilisée que s'il existe en même temps de l'arthrite crico-aryténoïdienne. Il n'est pas très rare de voir l'infiltration gommeuse passer d'un côté à l'autre et envahir les deux côtés de l'organe.

2° *Ulcérations.* — Ces altérations morbides constituent généralement le second stade du processus gommeux, mais il peut se faire que la phase d'infiltration évolue avec une rapidité telle que l'on ne constate pas son existence. Dans ces cas les ma-

lades viennent consulter lorsque la phase ulcéreuse est établie. Légères et superficielles au début, les ulcérations gagnent rapidement en largeur et en profondeur le chorion de la muqueuse, le tissu sous-muqueux, pour arriver jusqu'au cartilage qui s'ossifie d'abord, et se nécrose ensuite. Suivant les terrains et le degré d'infection du malade, le processus infectieux marche avec une rapidité variable et le larynx se remplit de végétations polypiformes, granuleuses rouges, en même temps que les bords de l'ulcère s'infiltrent si le traitement spécifique ne vient enrayer la marche de la maladie. On voit l'épiglotte perforée, réduite en lambeaux, déchiquetée, disparaître presque en totalité. L'intérieur du larynx se déforme par les pertes de substance qu'il subit; l'ulcère prend une forme irrégulière, dentelée, frangée sur ses bords. Habituellement les bords sont saillants, plus ou moins taillés à pic ; d'autrefois décollés par le processus ulcéreux qui s'étend au-dessous et creuse de véritables cratères.

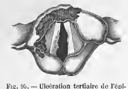


Fig. 95. — Ulcération tertiaire de l'épiglotte, de la bande ventriculaire et du repli ary-épiglottique (côté droit). Le côté gauche de l'épiglotte est très infiltré, ainsi que les replis ary-épiglottiques.

C'est alors que surviennent ces vastes délabrements de la muqueuse qui, à moitié détachée flotte dans l'intérieur du larynx et produit la suffocation si l'on n'intervient pas avec la pince. Suivant que les ulcères succèdent à une gomme circonscrite ou diffuse l'ulcération se creuse comme à l'emporte-pièce, en profondeur, pour gagner le périchondre et le cartilage, ou au contraire s'étend, se diffuse dans les régions voisines (base de la langue, pharynx, etc.). C'est ainsi que j'avais rapporté dans mon travail inaugural (1879), un cas d'ulcération serpigineuse ayant sectionné l'épiglotte à sa partie



Fig. 96. — Ulcération tertiaire ayant détruit presque toute l'épiglotte.

moyenne, laissant un lambeau qui venait se recroqueviller au-dessus de la lumière glottique, alors que l'ulcère s'était étendu à la base de la langue, vers l'arrière-gorge et avait pris des proportions considérables.

J'ai eu l'occasion de constater l'existence de vastes pertes de substance, mais ces faits-là sont heureusement rares, les malades ayant pris aujourd'hui dans nos pays, l'habitude de se faire examiner de bonne heure et de mieux se soigner qu'ils ne le faisaient autrefois.

3° *Périchondrite*. — Dans quelques cas, le périchondre et les cartilages sont envahis les premiers, l'ulcération est alors secondaire. Dans ces formes, on assiste très rapidement à la désorganisation complète de la charpente vocale. C'est ainsi que l'on voit se produire ces vastes ulcères nécrotiques avec élimination de cartilages plus ou moins ossifiés et nécrosés (aryténoïdes, cricoïde) tel qu'on en observe après le typhus ou autres maladies infectieuses de ce genre. Dans ces formes de périchondrites primitives la tuméfaction est visible à l'extérieur et il existe au devant du larynx cette carapace spéciale caractéristique de la périchondrite thyroïdienne. Le cartilage est douloureux au toucher, on constate même l'existence de trajets fistuleux externes, ces derniers se produisent souvent vers l'intérieur.


Fig. 97. — Ulcération tertiaire ayant détruit l'épiglotte, ses replis et la région aryténoïdienne et déformé tout le vestibule du larynx.

4° *Forme pseudo-polypeuse*. — On peut voir certains syphilitiques présenter de véritables dégénérescences diffuses pseudo-polypeuses envahissant tout l'organe vocal. Ces lésions ressemblent presque à des papillomes diffus du larynx, mais les mamelons sont plus volumineux, plus saillants et plus rouges. La région postérieure et les bandes ventriculaires sont épaissies, infiltrées et offrent l'aspect des altérations décrites par les Alle-

mands sous le nom de pachydermie. Ces différentes dégénérescences, manifestations presque quaternaires, ne rétrocèdent qu'en partie sous l'influence du traitement spécifique et il faut toujours employer la pince et la galvano-cautérisation pour rétablir la perméabilité du larynx, compromise par le bourgeonnement de la muqueuse et l'infiltration sous-jacente aux dégénérescences morbides qui la recouvrent.

5° *Laryngosténoses. Cicatrices vicieuses.* — On comprend que les différentes altérations morbides que nous venons d'énumérer puissent, lorsqu'elles sont arrivées à un certain degré, laisser après elles des cicatrices indélébiles; c'est ainsi que suivant les points qui ont été atteints, on observe des sténoses variées, caractérisées soit par la soudure des deux cordes vocales entre elles, dans une partie de leur longueur, soit par l'existence d'un véritable pont membraneux s'étendant d'une corde à l'autre. Dans d'autres cas c'est l'ankylose de l'un des deux aryténoïdes, résultant d'une arthrite ou d'une bride cicatricielle, qui pourra rétrécir le champ respiratoire. Ce sont encore des produits hyperplasiques ou des rétractions cicatricielles par éliminations de de quelques cartilages, qui seront la cause de la laryngo-sténose Enfin, il peut se produire un véritable rétrécissement annulaire formant une sorte d'anneau infundibuliforme dont l'ouverture étroite est généralement ovalaire.

Ces différentes altérations de la muqueuse se reconnaissent aisément à l'examen laryngoscopique. Lorsqu'il s'agit d'un pont membraneux, on aperçoit pendant l'inspiration une membrane blanchâtre, plus terne et plus grise que les cordes, occupant généralement le tiers antérieur du larynx et formant un croissant dont le rebord concave regarde en arrière, par conséquent vers la partie inférieure du miroir.

6° *Paralysies.* — On a également signalé à la période tertiaire, des paralysies laryngées, tout comme dans la période secondaire; mais la pathogénie de ces troubles est aussi difficile à expliquer qu'elle l'était au début de l'infection. On peut toujours admettre

qu'il s'agit de compression récurrentielle ou d'altérations myopathiques (névrites périphériques). Ce sont toutefois des hypothèses qu'il faudrait vérifier sur la table d'autopsie ou au microscope, chose qui n'est pas facile, étant donné que souvent les malades meurent d'une autre maladie et qu'au moment où on pratiquerait l'examen des nerfs ou des muscles, on trouverait probablement une dégénérescence presque totale soit des filets nerveux, soit de la fibre musculaire. Dans ces cas il serait difficile pour ne pas dire impossible, de remonter à l'origine primitive du mal.

Telles sont à grands traits les principales modalités de la syphilis du larynx à la période tertiaire. Je termine en disant que ces lésions peuvent, sur un même sujet, se trouver combinées et que des brides cicatricielles, traces d'ulcérations guéries, sont compatibles avec des infiltrations gommeuses consécutives à de nouvelles manifestations d'un diathèse toujours vivace.

Symptomes fonctionnels. — Les troubles fonctionnels de la période tertiaire n'offrent rien de bien caractéristique, il est assez habituel de voir la voix devenir rauque, tout comme à la période secondaire; d'autres fois au contraire, elle est couverte, ou même tout à fait éteinte. Ces modifications dépendent bien entendu des différentes altérations de la muqueuse vocale. La phonation pourra être intacte avec de graves lésions de l'épiglotte ou de ses replis, alors qu'elle sera très altérée avec des lésions légères occupant les cordes vocales.

L'expectoration, nulle habituellement, peut, dans les cas d'ulcération, devenir muco-purulente, striée de sang, fétide même, s'il existe des périchondrites ou de la nécrose; on pourra même retrouver dans les crachats, des débris de cartilages ossifiés et nécrosés.

Du côté de la respiration les troubles sont parfois insignifiants, mais ils sont susceptibles d'atteindre une intensité considérable, de sorte qu'on peut constater tous les degrés de la dyspnée respiratoire, depuis la simple gêne intermittente jusqu'au cornage continu avec tirage laryngien et asphyxie. Ces troubles sont

d'autant plus prononcés que la marche de l'affection a été plus rapide; ils sont en général plus accentués pendant la nuit, suivant en cela les caractères habituels des manifestations syphilitiques

Dans les sténoses glottiques survenant peu à peu, les malades s'habitueront pour ainsi dire à la diète respiratoire et l'on sera souvent étonné de voir à l'examen laryngoscopique, l'étroitesse considérable de l'orifice glottique, eu égard au peu de gêne respiratoire ressentie par le malade.

Le cornage, lorsqu'il existe, occupe les deux temps de la respiration, mais il est toujours plus marqué pendant l'inspiration, produisant, si la sténose est très accusée, le phénomène connu sous le nom de tirage.

La suffocation peut être rapide, brusque même, lorsqu'un fragment de cartilage nécrosé ou un lambeau de muqueuse sphacélé, faisant l'office de corps étranger, tombe dans les voies aériennes, ou bien s'il se produit une infiltration œdémateuse aiguë.

L'haleine est rarement fétide. Si l'on constate l'existence de ce symptôme; il faut rechercher soit du côté des fosses nasales, soit du côté des poumons, la présence d'un foyer nécrotique ou gangréneux, pouvant expliquer l'apparition de ce symptôme.

Les douleurs spontanées font en général défaut et la pression au niveau du larynx est à peu près indolore, à moins que les cartilages soient atteints de périchondrite. De même la déglutition est ordinairement facile et indolore, sauf lorsque la région inflammatoire occupe l'épiglotte ou la région postérieure du larynx. Elle peut alors revêtir un caractère presque aussi aigu que dans la tuberculose laryngée et empêcher les malades de se nourrir. Le vin, le bouillon et en général les liquides provoquent des sensations de brûlure avec répercussion douloureuse dans les oreilles, qui rendent l'alimentation difficile. Assez souvent même les liquides refluent par le nez ou s'introduisent dans les voies aériennes, provoquant des quintes de toux violentes. La sensibilité de l'arrière-gorge est plutôt émoussée. Contrairement à ce qu'on observe chez les tuberculeux, l'examen laryngoscopique est facile.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISON. — La marche de la syphilis de l'organe vocal est d'ordinaire fort longue. L'érythème et les plaques muqueuses peuvent persister pendant plusieurs mois ainsi que la raucedo syphilitica qui les accompagne. Toutefois, il est de règle de voir les accidents de la période secondaire disparaître graduellement sous l'influence d'un traitement bien dirigé. Seules les paralysies paraissent devoir être définitives, et si dans bien des cas la voix reprend un timbre à peu près normal, ce n'est pas que la corde vocale paralysée ait repris ses fonctions, mais bien parce que sa congénère a établi une sorte de compensation qui a permis aux deux rubans de se juxtaposer pendant la phonation. Ces sortes de compensations vocales sont l'indice, lorsqu'on les constate, d'une affection remontant à une époque déjà éloignée.

La durée des accidents tertiaires dépend beaucoup de leur forme, de leur intensité et surtout de leur degré d'ancienneté. En général, si le malade vient nous consulter tout à fait au début, à la période d'infiltration ou lorsque l'ulcération est de date récente, la guérison survient habituellement très vite, sous l'influence d'un traitement spécifique. Si au contraire, la périchondre et le cartilage sont atteints, il faut attendre plusieurs mois avant d'obtenir le résultat cherché. Enfin s'il existe des arthrites, à plus forte raison des infiltrations avec périchondrite, on doit compter sur une ténacité souvent désespérante, et des récidives faciles. Ces dernières paraissent être fréquentes chez les fumeurs qui ne veulent pas abandonner leur mauvaise habitude.

La terminaison de la deuxième période est la résolution complète, sans cicatrice; les accidents sont purement superficiels.

Les syphiloses tertiaires ne laissent aucune trace de leur passage, si le traitement a été appliqué de bonne heure et s'il a été suffisamment actif pour agir rapidement.

Au contraire, dans les formes graves, lorsqu'on a sous les yeux des destructions considérables de tissus ou de cartilages c'est par des synéchies ou des cicatrices, plus ou moins vicieuses, que se termine la maladie.

Diagnostic. — A la période secondaire il est habituellement aisé de reconnaître l'érythème syphilitique ou les plaques muqueuses à cause de la co-existence d'accidents du même ordre constatés sur la peau, la gorge ou les autres régions. L'engorgement ganglionnaire syphilitique, les lésions du cuir chevelu mettent également sur la voie du diagnostic.

Seule l'infiltration pourrait donner lieu à une certaine hésitation entre la syphilis et la tuberculose, mais l'on se rappellera que la tuméfaction syphilitique a une marche beaucoup plus rapide que celle de la tuberculose; de plus, il est rare que les infiltrations de la période secondaire existent, sans qu'on retrouve dans le voisinage (voile, piliers, amygdales), quelques altérations de nature syphilitique.

Les gommes, à la période d'infiltration, sont habituellement assez faciles à reconnaître, tant par leur aspect que par leur marche qui est ordinairement progressive. A la période ulcéreuse, les lésions tertiaires pourraient être confondues avec des altérations de nature tuberculeuse. J'ai insisté sur ce diagnostic différentiel en étudiant la laryngite bacillaire (p. 411); je rappellerai simplement que les troubles fonctionnels, et particulièrement la toux, l'expectoration et la dysphagie sont, d'une manière générale, plus marquées dans la tuberculose que dans la syphilis. La décoloration des tissus (voile du palais, larynx), la diffusion des lésions appartiennent surtout à la première de ces infections qui a une préférence marquée pour la région postérieure du larynx. Enfin, l'état général du malade, l'examen des crachats, ou d'une parcelle enlevée dans le larynx, éclairera le diagnostic qui est ordinairement facile, si l'on est un peu habitué aux examens laryngoscopiques. Seuls les cas hybriques pourront offrir une réelle difficulté, même à un œil exercé; ils constituent heureusement des exceptions.

Une autre altération du larynx, avec laquelle on peut confondre la gomme au début de sa période ulcéreuse, est le cancer. Dans les deux cas, on constate le gonflement rouge sombre, circonscrit, occupant soit l'une des bandes ventriculaires, soit l'épiglotte. Dans les deux cas la partie atteinte est indolore, mais la marche

des deux affections est bien différente. La douleur *spontanée* avec irradiation vers la nuque ou le fond de la gorge, ne s'observe guère que dans les lésions cancéreuses. De même l'existence de petites hémorragies, ou tout au moins l'apparition de sang dans l'expectoration, devra faire songer de préférence à l'ulcération néoplasique plutôt qu'à une simple gomme. L'haleine est plus fétide dans les tumeurs malignes ulcérées.

Dans les cas douteux, la marche de la maladie, beaucoup plus rapide dans la syphilis, sera encore un élément de diagnostic dont il faudra tenir grand compte.

A la période de tumeur, le diagnostic est habituellement plus aisé, car le bourgeonnement du cancer, ne saurait être confondu avec une ulcération fongueuse syphilitique, dans laquelle la saillie globuleuse est moins considérable et la partie ulcérée beaucoup plus diffuse, étendue et serpigineuse.

La tumeur cancéreuse saigne facilement elle est entourée d'une zone inflammatoire infiltrée, dure, souvent ligneuse, qu'on ne retrouve pas à un si haut degré dans la syphilis.

Dans la néoplasie maligne, la corde vocale correspondante est souvent immobilisée de très bonne heure, fait qui ne s'observe guère que dans les arthrites syphilitiques. Si la tumeur est extralaryngée, l'adénopathie spéciale peut encore aider à reconnaître la nature de la lésion.

Enfin l'apparition de périchondrite avec formation de cette sorte de bouclier laryngien est habituellement le fait du cancer ; lorsque ce symptôme apparaît dans la syphilis, il existe de tels délabrements ulcéreux dans le larynx, que le diagnostic s'impose pour ainsi dire à l'œil de l'observateur. Du reste, dans les cas douteux, l'examen microscopique d'une parcelle de la partie saillante fixera le diagnostic.

Il est quelquefois nécessaire de faire plusieurs examens microscopiques avant d'établir la nature réelle de la production morbide.

Dans les cas hybrides, qui sont heureusement assez rares, le diagnostic sera très difficile, mais dans ces formes il est assez

habituel de voir les lésions envahir la base de la langue, souvent même le pharynx, déterminant alors et des ulcérations serpigineuses, avec bords saillants (syphilis) et des bourrelets infiltrés rouges et indurés avec tumeurs bourgeonnantes saignant facilement, accompagnées d'adénopathie, dure, douloureuse, adhérentes (cancer). En somme les lésions tiennent à la fois de la syphilis et des néoplasies malignes. Elles ont souvent l'aspect très spécial à ces sortes de manifestations morbides.

Le lupus offre des caractères assez nets pour qu'il ne soit guère possible de le confondre avec les ulcérations syphilitiques. Du reste l'ulcère est caractérisé par des saillies fongueuses, rosées, plutôt que par des destructions véritablement ulcéreuses.

La lèpre, indépendamment des symptômes cutanés, présente des caractères nets que je signalerai plus loin, en traitant cette affection. D'ailleurs, ici encore, l'examen microscopique permettrait de lever les doutes qu'on pourrait avoir à cet égard.

Pronostic. — Le pronostic de la syphilis du larynx est loin d'être aussi bénin que celui des manifestations de cette infection sur d'autres organes, puisque même à la période secondaire, les accidents peuvent être graves. Si l'érythème n'offre pas d'inconvénients bien sérieux, sauf chez les professionnels de la voix, par contre, les œdèmes du larynx constituent un des éléments qui assombrissent un peu le pronostic. Les paralysies de cette période peuvent rendre obligatoire une intervention chirurgicale. L'examen laryngoscopique indiquera la nature de la manifestation et le pronostic qu'elle comporte.

A la période tertiaire, les accidents sont beaucoup plus graves, souvent, les lésions sont tellement avancées, quand le malade vient réclamer les soins du médecin, qu'il n'est plus temps d'y porter remède. Ainsi, lorsqu'apparaît la nécrose des cartilages et le sphacèle des tissus (larynx, trachée, poumons même) malgré l'application d'un traitement énergique, on voit se produire un effondrement de l'organe vocal ou une infection générale, qui exposent le malade à une mort inévitable.

La sténose consécutive aux ulcérations destructives constitue encore un des points noirs du pronostic.

Grâce à la trachéotomie, on peut parer aux dangers de la suffocation, mais il se peut que le malade doive indéfiniment conserver sa canule. On a également signalé des cas (Türck) où la mort serait survenue par hémorragie due à une ulcération profonde et étendue des cordes vocales ; ce fait est cependant exceptionnel. J'ai également vu une malade succomber à l'infection qui résulta d'une gangrène de la muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches. La trachéotomie que je fis *in extremis* ne prolongea l'existence de cette femme que de quelques semaines. Les bords de la plaie se nécrosaient et malgré une médication intensive, la malade traitée trop tard succomba aux progrès de son infection.

D'après ce qui précède, bien qu'il s'agisse de manifestations syphilitiques, le pronostic doit être réservé dans certaines formes et chez quelques malades profondément atteints au moment où l'on a l'occasion de leur appliquer le traitement spécifique.

Traitement. — Le traitement de la syphilis du larynx ne diffère en rien de celui des autres organes. Il doit s'adresser d'abord à l'état général et aussi à l'état local. Quelques auteurs préconisent exclusivement le mercure, alors que d'autres croient plutôt à l'efficacité de l'iode. Pour mon compte, j'avoue que toutes les fois que j'ai besoin d'agir d'une façon active et rapide sur des accidents syphilitiques de l'arrière-gorge ou du larynx, je prescris toujours le traitement mixte. S'il s'agit de soigner simplement l'infection syphilitique constitutionnelle et non ses manifestations laryngées, on doit, d'après le précepte de Fournier, donner du mercure, à la période secondaire, et réserver le traitement mixte pour la période de transition ou tertiaire.

Comme traitement mixte, on peut employer le traitement mercuriel, sous la forme de pilules, de frictions, ou en injections sous-cutanées, etc., en même temps que l'on prescrit à l'intérieur de l'iodure de potassium, de sodium, ou les deux associés. Quelques auteurs conseillent de recourir d'emblée à des doses

intensives, jusqu'à 6, 8 et même 10 grammes par jour. J'avoue n'avoir jamais été obligé d'arriver à des doses semblables, bien qu'ayant eu l'occasion de soigner des syphilis très graves du larynx. Bien plus, il est même rare que j'aie eu besoin de dépasser trois grammes d'iodure par jour. Je fais habituellement usage la formule suivante, dont mes malades retirent d'excellents résultats, formule que j'ai déjà conseillée à propos des angines syphilitiques :

Solution avec :

Biiodure d'hydrargyre	0,15 à 0,20 centigrammes
Iodure de potassium.	15 à 25 grammes
Eau	300 grammes

A prendre deux grandes cuillerées par jour au moment des repas dans un peu d'eau sucrée, anisée ou aromatisée à la convenance du malade.

On le voit, c'est en somme le sirop de Gibert modifié quant à ses doses de mercure et d'iodure de potassium. Dans quelques cas même, je mets 15 grammes d'iodure de potassium et 5 à 10 grammes d'iodure de sodium.

D'une façon générale, lorsqu'on prescrit de l'iodure à des malades porteurs de manifestations syphilitiques, il ne faut pas s'étonner de voir se produire des poussées inflammatoires, œdémateuses même, venant augmenter momentanément la sténose glottique, ce qui peut faire croire à une erreur de diagnostic ; mais après cinq à six jours de traitement, cette poussée disparaît, à moins que la sténose ne soit considérable au moment de la presciption du remède. Dans ce cas, l'examen laryngoscopique fixerait le praticien et lui indiquerait de se tenir prêt à ouvrir les voies aériennes, s'il devenait nécessaire de pratiquer cette opération pour empêcher le malade de mourir asphyxié.

Traitement local. — Son efficacité est subordonnée à celle du traitement général. Il permet néanmoins d'accélérer la marche de la guérison. A la seconde période, on supprimera d'abord toute cause d'irritation, telle que l'alcool et surtout le tabac. On pra-

tiquera des attouchements soit avec une solution iodo-iodurée (voir p. 117), ou bien encore avec du nitrate d'argent en soluté au 1/50, au 1/30 ou même des doses plus concentrées, d'après la tolérance du malade. Les cautérisations au nitrate acide de mercure au 1/50 ou au 1/30, dans le larynx, sont plus actives, mais il est bon d'entraîner le larynx à de pareils attouchements, afin d'éviter le spasme glottique qui les accompagne parfois chez les sujets intolérants

Lorsque la maladie est arrivée à la période tertiaire, il ne faut pratiquer de cautérisations locales que dans les larynx parfaitement éduqués et jouissant d'une grande tolérance, surtout s'il existe un certain degré de sténose glottique. Le mieux, à cette époque, est d'employer les solutions légères, ou même la teinture d'iode pure et l'acide chromique, lorsque les ulcérations siègent en dehors du larynx. S'il existe des bourgeons trop volumineux, des débris de muqueuse ou de cartilage, on devra les enlever à l'aide d'une pince spéciale accommodée à chaque cas

Les cicatrices post-ulcéreuses, les ponts membraneux seront supprimés à l'aide du couteau laryngien ou bien encore au galvanocautère, après cocaïnisation et adrénalisation de la muqueuse. Toutefois, il faut bien se rappeler que la simple section ne suffit pas toujours ; pour être efficace, elle doit être suivie de la dilatation lente et progressive de l'orifice layngien (voir p 378)

LARYNGO-STÉNOSES

On désigne sous ce nom les rétrécissements du larynx se produisant sur une partie ou sur la totalité de cet organe.

Étiologie. Pathogénie. — Les laryngo-sténoses surviennent habituellement à la suite d'une maladie ulcéreuse de l'organe vocal ; toutefois on a signalé l'existence de véritables ponts membraneux et de brides fibreuses, s'étendant d'une corde à l'autre, qui paraissaient être de nature congénitale. C'est ainsi que M. Etchbarne a pu réunir (1878), dans son travail inaugural, douze exemples de ce genre Depuis cette époque, des faits analogues

sont venus s'ajouter à ces différentes observations. Du reste, en 1890, j'avais pu grouper dans mes leçons sur les maladies du larynx, dix-neuf observations authentiques de sténoses membraneuses.

Les infections aiguës sous-muqueuses et périchondriques se terminent souvent par des sténoses cicatricielles. Dans ces cas le rétrécissement résulte soit de brides cicatricielles, soit de nécrose d'une partie des cartilages du larynx. C'est surtout à la suite de la scarlatine, de la rougeole, de la variole et particulièrement de la fièvre typhoïde, que l'on voit survenir ces graves ulcérations morbides.

Le lupus et la tuberculose subaiguë peuvent, dans les cas où les lésions rétrocèdent, occasionner des laryngo-sténoses plus ou moins prononcées. Elles résultent soit de la cicatrisation d'ulcérations diffuses, soit de la formation lente d'un tissu fibreux cicatriciel.

La syphilis à la période tertiaire est aussi une cause fréquente de périchondrite et, par conséquent, de rétrécissement plus ou moins grave du larynx. Le sclérome, affection mal connue en France, mais si fréquente en Autriche et dans quelques autres pays, détermine aussi une sténose spéciale qui, à vrai dire, ne saurait entrer dans le cadre des laryngo-sténoses cicatricielles, puisque c'est la localisation même de la lésion autour de l'orifice glottique qui détermine son occlusion, ou tout au moins la diminution de son calibre.

On voit quelquefois les atrésies se produire à la suite de brûlures violentes, ou après des fractures ou autres traumatismes.

Enfin, M. Collinet, dans son rapport à la Société française d'Otologie (mai 1902), insiste avec raison sur les rétrécissements consécutifs au tubage, soit qu'une main inexpérimentée ait produit des ulcérations ou des déchirures de la muqueuse vocale, soit que ce mode de traitement ait été appliqué dans un larynx enflammé et ulcéré.

Le séjour trop prolongé du tube doit aussi entrer en ligne de compte dans la pathogénie des laryngo-sténoses. Du reste, la

plupart des cliniciens estiment que si au bout de six à huit jours l'enfant ne peut pas se passer de tube, il est préférable de pratiquer la trachéotomie, afin d'éviter les complications qui pourraient résulter d'une intubation trop prolongée.

La trachéotomie elle-même devient parfois le point de départ de sténoses cicatricielles ; j'ai déjà insisté il y a quelques années, dans un travail communiqué à l'Académie de médecine, sur les inconvénients de l'ouverture inter-crico-thyroïdienne, au point de vue de la décanulation ultérieure.

En effet, ce n'est pas seulement la présence du tube canulaire qui, placé directement au-dessous des cordes vocales, détermine une irritation constante et entretient une infiltration sous-glottique empêchant ensuite la décanulation, c'est aussi la section du cricoïde qui, dans *les larynx de jeunes sujets* (enfants, adolescents), occasionne l'ouverture forcée de l'anneau cricoïdien et par contre-coup immobilise les deux aryténoïdes en position médiane. Il résulte de ce fait un obstacle sérieux à l'écartement des cordes vocales au moment de l'inspiration.

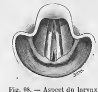


Fig. 98. — Aspect du larynx sténosé pendant l'inspiration. Les aryténoïdes ne peuvent pas s'écarter de la ligne médiane et la région sous-glottique est infiltrée.

Si la canule est laissée peu de temps en place, les articulations crico-aryténoïdiennes n'ont pas le temps de s'immobiliser dans cette situation vicieuse, mais si le port de la canule est prolongé pendant plusieurs semaines ou *a fortiori* pendant plusieurs mois, il survient de la raideur articulaire qui ne cède point au moment où l'on veut enlever la canule. C'est la sténose laryngée que la plupart des auteurs attribuent à tort, selon moi, au spasme du larynx.

Si l'on ajoute à cette déformation mécanique l'irritation produite par la canule qui se trouve immédiatement au-dessous des cordes vocales, on comprend qu'il doive résulter de ce fait une sténose inflammatoire qui ne pourra guérir que par la suppres-

sion de la canule ou, si la chose est impossible, par son déplacement dans une région plus éloignée du larynx (trachéotomie inférieure), (Schmiegelow).

Presque toutes les laryngo-sténoses inflammatoires que j'ai eu occasion de voir *chez de jeunes sujets*, tant en France qu'à l'étranger, étaient manifestement la conséquence d'une trachéotomie inter-crico-thyroïdienne, au cours de laquelle on avait pratiqué la section du cartilage cricoïde. Je ne parle pas des cas où la section du conduit aérien a été faite sur le cartilage thyroïde presque au milieu des cordes vocales; ici, en effet, l'inflammation consécutive au port de la canule suffisait amplement pour expliquer la sténose consécutive à une intervention aussi malencontreuse.

Fig. 99. — Coupe antéro-postérieure montrant la canule trachéale dans l'espace crico-thyroïdien et indiquant les rapports intimes qu'elle affecte avec la région sous-glottique.

1, bord de la bande ventriculaire. — 2, ventricule. — 3, corde vocale. — 4, orifice de la canule. — 5, coupe de l'aryténoïde. — 6, coupe du cricoïde (Chaton). — 7, coupe du cartilage thyroïdien.

Citons enfin parmi les causes de laryngo-sténoses celles qui sont la conséquence d'opérations laryngées faites par la voix externe, telles que : ablation de la moitié du cartilage thyroïde, résection partielle plus ou moins importante de la charpente du larynx.

Symptômes. Diagnostic. — Les symptômes des rétrécissements du larynx varient avec la nature de la lésion et la cause qui a déterminé leur apparition. Je n'insisterai pas sur les symptômes fonctionnels qui diffèrent d'après la nature, le degré du rétrécis-

sement et d'après son siège. Les principaux troubles observés sont les modifications de la voix qui est enrouée à un degré variable ou même aphone, et la gêne de la respiration. Il est presque impossible de se figurer jusqu'à quel point un larynx peut être rétréci sans que le malade éprouve trop de gêne respiratoire, à la condition expresse que la sténose s'établisse lentement. J'ai vu des malades porteurs d'orifices glottiques qui mesuraient à peine quelques millimètres de diamètre, présenter à peine un léger cornage pendant ou à la suite d'efforts ou d'exercices un peu violents (avoir marché un peu vite, monté un escalier, etc.). Par contre il ne faut pas qu'une mucosité un peu épaisse, ou qu'un corps étranger quelconque vienne s'interposer dans ce larynx ; il se produit alors de graves accès de suffocation.



Fig. 100 — Bride fibreuse soudant entre elles les cordes vocales et ne laissant qu'un orifice perméable en arrière (région aryténoïdienne).

Il est important de distinguer les sténoses cicatricielles en surface, c'est-à-dire celles qui n'occupent que la région vestibulaire et sont peu épaisses (pont membraneux, adhérence des cordes vocales, rétrécissements fibreux limités), et les sténoses en masse, dans lesquelles le conduit laryngo-trachéal est pour ainsi dire tout entier épaissi, rétréci, transformé en une sorte de tube fibreux plus ou moins rigide, à ouverture plus ou moins irrégulière. Je ne puis décrire ici les différents aspects sous lesquels se présenteront les laryngo-sténoses, puisque cet aspect variera avec la nature même de la lésion, avec son ancienneté et surtout avec la cause qui aura déterminé son apparition.

Pronostic. — Il dépendra non seulement de la forme du rétrécissement (vestibulaire, membraneux ou total), mais aussi de sa nature, de son ancienneté et par conséquent de la période où l'on sera appelé à intervenir.

Traitement. — Le traitement devra s'adresser à chaque sorte de rétrécissement. S'il est la conséquence d'un simple pont membraneux, d'une bride fibreuse tendue d'une corde vocale à l'autre, ou au-dessus du vestibule du larynx, une simple incision au gal-

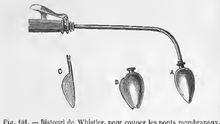


Fig. 101. — Bistouri de Whistler, pour couper les ponts membraneux.
A, extrémité olivaire cachant la lame C qui apparaît en B au moment où l'on presse le ressort.

vanocautère, suivie de dilatation, suffira habituellement pour rendre à l'organe atrésié sa perméabilité.

Dans les formes inflammatoires, on commencera par suppri-



Fig. 102. — Dilatateur laryngien de Schrötter, en métal, du n° 1 à 12.

mer les agents irritants (tubage), on prescrira ensuite un traitement local ou général en rapport avec la nature de la lésion causale. Si la sténose résulte d'une canule placée dans l'espace inter-crico-thyroïdien, avec section du cricoïde, il sera quelquefois possible, en déplaçant la canule, et en la mettant dans la trachée,

au-dessous du deuxième anneau ou au moins du premier, de rétablir la perméabilité des voies aériennes supérieures.

Dans les formes réellement chroniques et tubulaires, le traite-



Fig. 103. — Dilatateur laryngien de Schrötter, en caoutchouc durci, du nº 1 à 12.

ment de choix sera la dilatation des parties rétrécies ou la suppression du rétrécissement si la chose est possible. La dilatation peut se faire soit avant, soit après la trachéotomie. Dans le pre-

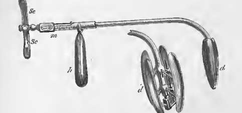


Fig. 104. — Dilatateur de Navratil.

d, extrémité olivaire vue fermée. — *d'*, la même ouverte. — *h*, manche de l'instrument. — Sc, poignée permettant de visser la partie *m*, qui porte une graduation pour indiquer le degré de dilatation produit par l'écartement des lames qui composent l'extrémité olivaire.

mier cas, ce sont surtout les tubes de Schrötter, formés comme on le sait d'une tige creuse à incurvation laryngienne, qui sont les plus simples à employer; ces tubes, de grosseur variée, allant de 9 à 21 millimètres dans le sens antéro-postérieur

et de 8 à 14 dans le sens transversal, sont construits en caoutchouc durci, en nickel, ou en métal anglais, pour rendre possible leur nettoyage et leur asepsie. On en facilite le glissement en chauffant légèrement le tube métallique après l'avoir enduit d'une légère couche de vaseline. L'introduction se fera ou à l'aide du doigt, comme pour le tubage, ou mieux encore, lorsqu'il s'agit d'adultes, sous le contrôle du miroir laryngien. Le bruit spécial de la respiration tubaire, des quintes de toux et le rejet de quelques mucosités indiqueront que le tube a pénétré au-dessous du point retréci. Habituellement, il est nécessaire de cocaïner la muqueuse glottique, parfois même de l'adrénaliser avec une solution à 5 p. 1 000, pour rétracter les parties simplement tuméfiées et surtout pour permettre à la cocaïne d'agir d'une façon plus active. Au début, les tubes ne peuvent guère être tolérés pendant plus de quelques minutes, mais peu à peu les malades s'habituent à ce corps étranger et arrivent à le supporter pendant plusieurs heures.

La fréquence des séances de dilatation sera basée sur les irritations plus ou moins grandes que produiront ces manœuvres ; il faut savoir du reste que la dilatation sera toujours plus longue à obtenir et nécessitera de la part du sujet et de l'opérateur une assez grande dose de patience. Le malade ainsi dilaté devra toujours être placé sous la garde d'un praticien expérimenté car d'un moment à l'autre une trachéotomie peut devenir nécessaire pour parer à un accident aigu.

Actuellement, les tubes de Schrötter ont été presque universellement remplacés par les tubes de O'Dwyer ou leurs dérivés. C'est en somme la rénovation de la méthode de Bouchut, contre laquelle on s'éleva avec tant d'énergie en France, probablement parce qu'elle ne nous arrivait pas de l'étranger. Quoi qu'il en soit, les différents tubes de l'auteur américain ou, leurs modifications, constitueront un excellent procédé pour traiter, avec ou sans trachéotomie, les atrésies chroniques de l'organe vocal. Il faut dans ces cas, autant que possible, employer des tubes à tête volumineuse, mais à corps assez mince parce qu'ils sont les mieux tolérés (Massei). C'est surtout Bonain, qui a été, en France, l'apôtre

de cette nouvelle méthode, actuellement généralisée pour le traitement des sténoses aiguës et chroniques de la partie supérieure de l'arbre aérien.

Le point capital sera d'employer un tube parfaitement adapté au degré et à la forme du rétrécissement. Il faudra surtout éviter avec soin d'introduire des tubes trop petits qui pourraient ou être expulsés spontanément ou, accident plus grave, tomber dans la trachée. Massei, Lefferts, etc., conseillent les tubes en caoutchouc durci, moins irritants d'après ces auteurs que ceux en métal; mais ne sont-ils pas plus facilement septiques?

Dans tous les cas on devra surveiller son malade avec soin, car si la dilatation produisait une réaction inflammatoire vive il faudrait savoir modérer l'emploi de ce traitement. Le plus souvent la dilatation se fait après la trachéotomie, cette dernière ayant été pratiquée pour parer aux accidents asphyxiques qui menaçaient la vie du malade. Dans ces cas, on a proposé la dilatation brusque faite soit à l'aide des pinces de Fauvel ou de dilatateurs variés qui s'introduisent au moyen du laryngoscope. Ce mode de traitement ne semble pas avoir donné jusqu'à ce jour de résultats bien sérieux dans les véritables sténoses cicatricielles; Egidi a conseillé de combiner la résection du tissu cicatriciel qui siège autour de la canule et, cinq ou six jours plus tard, la dilatation brusque du rétrécissement, soit à l'aide du dilatateur de Trousseau, soit tout autre instrument de ce genre, introduit par l'orifice trachéal.

Mais ce procédé ne peut convenir qu'à certaines formes de laryngosténoses tout à fait limitées. Les tubes de Schrötter, les bougies en étain dites de Béniquet, les mandrins métalliques, les cathéters de Boulay, sont autant d'instruments qui tour à tour trouveront leurs indications. L'instrumentation de Boulay paraît être surtout destinée aux enfants.

Cet auteur conseille de substituer à la canule trachéale ordinaire une canule à double fenêtre spéciale (voir fig. 105) l'enfant étant ensuite placé en position laryngoscopique, tenu par un aide, la bouche ouverte, on peut, suivant les cas, introduire directement un cathéter de calibre moyen en produisant un réflexe

nauséeux qui fait apparaître l'épiglotte derrière laquelle on passe brusquement, ou bien se guider sur le miroir pour pratiquer cette introduction. L'apparition de la sonde dans la lumière de la

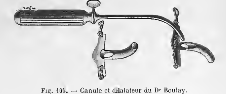


Fig. 105. — Canule et dilatateur du Dr Boulay.

canule indiquera que l'on aura franchi la portion rétrécie. On laisse le cathéter en place pendant quelques instants, puis on le retire. Il va sans dire qu'on cherche à passer graduellement des

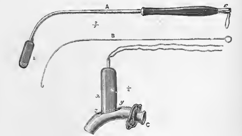


Fig. 106. — Olives, de Schrötter, s'introduisant par la bouche.

sondes de plus en plus grosses. Dans l'intervalle, l'enfant reprend sa canule trachéale ordinaire.

Lorsque la dilatation est suffisante pour permettre le passage d'un tube de volume moyen, il y a avantage, dit M. Boulay, à

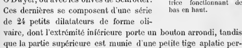
substituer le tubage au calibrage. Le point capital sera de ne pas faire de fausse route à travers les tissus. Aussi je crois préférable de toujours entraîner les enfants à ces manœuvres puis de cocaïner et adrénaliser la muqueuse vocale au début de chaque séance (Moure).



Fig. 107. — Canule dilatatrice fonctionnant de bas en haut.

Ainsi que le fait remarquer M. Collinet, dans son rapport (*loc. cit.*), il faut, en employant cet instrument, ne pas déployer trop de force avec le mandrin métallique, pour éviter de créer des fausses routes du côté de l'œsophage.

Si les procédés que je viens de décrire échouent, on pourra employer la dilatation prolongée faite à l'aide des tubes de O'Dwyer, ou avec les olives de Schrötter. Ces dernières se composent d'une série de 24 petits dilatateurs de forme olivaire, dont l'extrémité inférieure porte un bouton arrondi, tandis que la partie supérieure est munie d'une petite tige aplatie per-



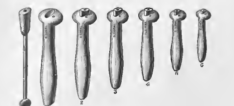


Fig. 108. — Série de tubes du Dr Sevestre (d'après O'Dwyer).

forée d'un trou pour laisser passer un fil. L'olive étant ainsi suspendue est enchâssée dans une tige creuse à courbure laryngée supportée par un manche servant à introduire le dilatateur; une fois ce dernier mis en place on relâche le fil et le porte-olive est

alors retiré seul. Ce mouvement rappelle le tubage primitif alors que le tube était maintenu par un fil destiné à faciliter l'extubation. Une sorte de pince spéciale, mince, qui s'introduit dans la canule trachéale sert à fixer le bouton inférieur de la bougie dans cette dernière, pour l'immobiliser (fig. 106).

En général, ces tubes provoquent soit de la douleur, soit des inflammations consécutives qui ne permettent pas de continuer longtemps ce mode de traitement.

D'autres auteurs ont conseillé l'emploi de bougies ou sonde en gomme ou en caoutchouc. Thost, de Hambourg, préconise des

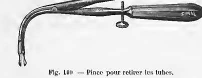


Fig. 109 — Pince pour retirer les tubes.

séries de bougies coniques s'introduisant de bas en haut; c'est un peu la méthode de Schrötter appliquée à rebours. On a également conseillé des tubes en caoutchouc, passant dans le larynx et venant ressortir par la plaie trachéale, tandis que d'autres praticiens font usage des tiges de laminaire de Hering de l'électrolyse, etc., ou des canules laryngo-trachéales.

Le grand nombre de moyens employés ou préconisés, prouve les difficultés que l'on a parfois de dilater les rétrécissements du larynx, ce qui n'étonnera personne, si l'on songe à la complexité de la sténose, qui résulte non seulement de l'épaississement fibreux des parties molles du larynx, mais souvent aussi d'un affaissement d'une partie de la charpente de cet organe, et surtout, la plupart du temps, de l'immobilisation des aryténoïdes par arthrite cicatricielle.

Il ne faut donc pas s'étonner que l'on ait conseillé de supprimer le rétrécissement par un traitement chirurgical. Lorsqu'il

s'agit de simples brides fibreuses, le bistouri, ou mieux encore le galvanocautère, suffisent parfaitement à remplir ce but; mais dans les cas de rétrécissements plus profonds et plus étendus, véritablement tubulaires, ce procédé si simple ne saurait donner des résultats sérieux; il faut pratiquer la thyrotomie.

Une fois l'organe vocal ouvert, le rétrécissement mis à nu, on est souvent très embarrassé pour savoir quels sont les tissus morbides qu'il faut supprimer. Toutefois, je ne verrais pas d'inconvénient à réséquer, soit au ciseau, soit au bistouri, toutes les portions de tissu fibreux, voire même les bandes ventriculaires, si elles encombrent le larynx.

Dans ces cas, une fois l'opération terminée, une canule trachéale assurera la respiration pendant les premiers jours et permettra de suivre les résultats de cette intervention; au besoin, on laissera dans le larynx un tube à intubation ordinaire, s'adaptant au calibre de l'organe que l'on aura ainsi libéré. On pourra également à cet effet, faire usage des canules en T (laryngo-trachéales) destinées à assurer la respiration par le larynx et la trachée, et à empêcher, grâce au tube glottique, la reproduction du rétrécissement. Chaque appareil devra être construit spécialement pour chaque cas particulier.

Par contre, d'autres opérateurs conseillent, peut-être avec raison, de s'abstenir de tout pansement endolaryngien et de toute canule, estimant que tous ces corps étrangers, ne servent qu'à irriter la plaie et à retarder sa guérison. On risque en outre de voir survenir à la suite de ces pansements ou de ces applications intempestives, une prolifération abondante de bourgeons charnus qui pourra à son tour, provoquer l'apparition d'une nouvelle sténose cicatricielle. Voici, à mon sens, la ligne de conduite qu'il faudra adopter :

Après avoir ouvert le larynx (thyrotomie médiane) et réséqué les parties fibreuses, on devra faire la réunion immédiate du cartilage thyroïde en laissant la cavité sans tampon et sans corps étranger. La canule trachéale restera à demeure pendant quelques semaines ou quelques mois suivant la manière dont se fera la réparation cicatricielle. Si c'est nécessaire on fera de

temps à autre de petites séances de dilatation par l'un des moyens exposés plus haut.

Enfin il faut bien dire que certaines sténoses laryngées très anciennes et très serrées sont au-dessus des ressources de l'art, soit à cause de leur nature, soit à cause de leur forme et des délabrements considérables qui existent du côté du larynx.

TUBERCULOSE LARYNGÉE

On peut classer la tuberculose du larynx en primitive et secondaire, suivant qu'elle précède ou qu'elle suit l'infection générale ou pulmonaire du sujet. De même d'après la marche de l'affection on distingue trois types cliniques parfaitement nets, qui sont : la forme miliaire ou aiguë, les formes subaiguës et chroniques.

Afin de ne pas compliquer la description d'une manifestation bacillaire si importante à connaître j'exposerai tout d'abord les caractères communs à ces différentes formes pour décrire ensuite les altérations morbides spéciales à chacune d'elles. Il me semble préférable, pour la clarté du sujet d'étudier la maladie à ses diverses périodes, en décrivant à propos de chacune d'elles les lésions observées.

Étiologie. — La tuberculose de l'organe de la voix peut débuter de trois façons différentes : soit antérieurement aux manifestations pulmonaires, soit consécutivement à ces dernières ou en même temps qu'elles [1].

La *laryngite tuberculeuse primitive*, niée autrefois par un certain nombre d'auteurs, est aujourd'hui admise sans conteste par la plupart des laryngologistes.

Souvent j'ai eu l'occasion de voir des cas de ce genre confirmant en tous points les observations de Schech, Progrebinski, Orth, B. Fraenkel, Heryng, Ruault et Brissaud, etc., etc. Du reste on ne comprend pas pourquoi le larynx serait plus que

[1] Il n'est pas besoin d'insister ici sur la synonymie absolue à l'heure actuelle, des termes tuberculose et phtisie laryngée.

les autres organes à l'abri des infections tuberculeuses primitives.

L'époque de l'apparition des manifestations laryngées pendant l'évolution de la tuberculose pulmonaire est extrêmement variable; on peut même dire qu'il n'existe aucune relation chronologique entre les localisations de cette infection sur les diverses parties de l'arbre aérien. C'est ainsi que les lésions vocales peuvent être à la première ou à la deuxième période, alors que dans les poumons existent déjà soit des cavernes, soit tout simplement les signes d'une infiltration au début.

La laryngite dite des tuberculeux (Jaccoud, Joal) existe évidemment en tant que lésion catarrhale simple, mais aussitôt qu'app·raît une ulcération, nous pensons que cette dernière prend très rapidement les caractères de l'infection générale en devenant tuberculeuse.

L'âge paraît avoir une certaine influence sur le développement de la maladie qui est surtout une affection des adultes; c'est principalement entre vingt et quarante ans que la tuberculose fait ses plus grands ravages, aussi bien dans les poumons que dans le larynx. On peut la considérer comme assez rare dans l'enfance et dans la vieillesse. Lorsqu'elle existe à ces deux périodes extrêmes de la vie, l'affection revêt presque toujours la forme miliaire aiguë (Moure). Plusieurs fois j'ai vu des vieillards de soixante-quinze et quatre-vingts ans être rapidement emportés par une tuberculose pulmonaire et laryngée à évolution rapide.

De l'avis unanime de tous les auteurs, les hommes paieraient un plus large tribut à l'affection que les femmes. L'alcoolisme, les abus de toutes sortes (tabac, etc.) chez les bacillaires sont des causes qui favorisent l'apparition de la laryngite tuberculeuse.

Quant à la prédisposition héréditaire ou acquise, elle n'est point particulière au larynx.

Enfin, il me paraît que certains malades porteurs de coryzas atrophiques anciens, de coryzas pseudo-atrophiques purulents ou ozénateux, sont plus particulièrement que d'autres exposés à laisser pénétrer les germes du mal en même temps qu'ils leur

offrent un terrain propice à leur développement. Certaines maladies infectieuses telles que la rougeole, la fièvre thyphoïde et la grippe peuvent servir de point de départ aux manifestations tuberculeuses.

Pathogénie. — Il n'est pas douteux que les recherches de Villemin sur la contagion de la tuberculose et la découverte du bacille de Koch ont rendu beaucoup plus facile l'explication de la localisation de la tuberculose dans l'organe vocal. Chez les tuberculeux des poumons, ainsi que l'avait entrevu Louis au commencement du siècle dernier, le passage des sécrétions dans le larynx, sur une surface éraillée, exulcérée même ou souvent enflammée, explique aisément l'inoculation directe de la région. Si le larynx est plus souvent atteint que la trachée, c'est que sa muqueuse est plus exposée aux poussées inflammatoires.

En outre la toux et l'expectoration déterminent un frottement énergique des cordes susceptible de les érailler et d'offrir une porte d'entrée aux bacilles tuberculeux apportés par les sécrétions venant des poumons.

Il n'est pas douteux que sur un terrain bien préparé soit par les antécédents morbides, soit mieux encore par des antécédents héréditaires, l'inlection peut également venir du dehors.

D'autre part, il est certain que le larynx est susceptible d'être envahi de dedans en dehors par les bacilles apportés par les voies sanguines ou lymphatiques (Heinze).

Division du sujet. — Pour plus de clarté nous étudierons d'abord la forme ordinaire de la tuberculose vocale, avec ses différentes variétés, puis la tuberculose miliaire aiguë et enfin la forme chronique ou lupus. Afin de mieux mettre en évidence les aspects si variés de ces manifestations, je les diviserai en trois périodes : 1° d'infiltration ; 2° d'ulcération et 3° de périchondrite et de nécrose. Dans chacun de ces stades je ferai un certain nombre de subdivisions suivant que les lésions occuperont telle ou telle partie du larynx (formes circonscrites ou diffuses), ou que telle ou telle altération morbide prédominera, formes œdémateuses, ulcéreuses, végétantes, etc.

Tout d'abord j'exposerai les troubles fonctionnels que l'on observe dans le cours des diverses laryngites tuberculeuses, en faisant remarquer d'ores et déjà que ces symptômes varient non seulement avec l'étendue des lésions, mais avec leur nature et surtout avec leur siège.

I. Symptomes fonctionnels. — *Voix*. — A la période catarrhale, les malades se plaindront surtout d'un certain degré d'enrouement qui ira très rarement jusqu'à l'aphonie ; toutefois, on peut, même dès le début de l'affection, lorsque ce sont les muscles qui sont atteints (myopathie tuberculeuse primitive), voir survenir des troubles très prononcés de la phonation. Ordinairement le timbre est simplement rauque, enroué, bitonal.

Dans la seconde période, la voix est plutôt couverte, tremblotante, aphone même par instants, tandis qu'à la dernière période elle est absolument sourde, le malade parle pour ainsi dire du bout des lèvres, il chuchote plutôt qu'il ne parle. Cette altération vocale résulte de l'insuffisance du courant d'air expiré et de la béance de l'orifice glottique, occasionnée par les lésions graves dont le larynx est devenu le siège.

Un point important à noter est le désaccord qu'il semble y avoir dans certains cas, entre les troubles de la phonation et les altérations de la muqueuse observées ; c'est ainsi que la voix sera éteinte ou du moins très enrouée, si les thyro ou les ary-aryténoïdiens sont parésiés tandis qu'elle pourra être normale avec une épiglotte et des replis ary-épiglottiques fortement infiltrés. Le Dr Poyet cite dans son manuel des maladies du larynx l'observation d'un malade soigné par Fauvel qui, malgré un œdème de l'épiglotte et de ses replis aryténoïdiens, continuait son service à l'Opéra et chantait tout son rôle. J'ai moi-même connu un choriste d'opéra qui exerçait sa profession vocale dans les mêmes conditions. Ce sont, évidemment, des faits exceptionnels mais, par contre, il n'est pas rare de voir des tuberculeux avancés comme lésion laryngée (forme ulcéro-œdémateuse du vestibule) avoir la voix intacte.

Les troubles vocaux peuvent encore, ainsi que l'a fait remar-

quer depuis longtemps Gottstein, être la conséquence du catarrhe des cordes, de leur épaississement, ou le plus souvent, des ulcérations dont elles sont le siège; de même l'obstacle mécanique apporté à leur affrontement, par une infiltration ou des végétations de la région inter-aryténoïdienne, suffit pour occasionner une extinction de voix.

Il en sera de même de la tuméfaction d'une ou des deux bandes ventriculaires gênant les vibrations des cordes correspondantes, ou de l'immobilisation de l'articulation crico-aryténoïdienne. D'autres fois, lorsque les rubans vocaux sont absolument détruits par l'ulcération, le malade parle avec ses bandes ventriculaires qui font de la suppléance. La voix prend alors un timbre couvert, assez spécial que l'on a comparé au son d'une crécelle.

La paralysie par altération ou compression de l'un des récurrents produit surtout la bitonalité vocale.

Douleur. — Déglutition. — A la première période la douleur est pour ainsi dire nulle, elle consiste plutôt en une sorte de chatouillement désagréable qui provoque la toux. Le prurit laryngien peut même au début, atteindre une intensité telle qu'il devient un objet de préoccupation constante pour les malades. Cette sorte de démangeaison laryngienne s'accompagnant de spasmes passagers, me paraît être plutôt sous la dépendance d'une irritation de l'un des récurrents ou des pneumogastriques, que le résultat de l'altération locale de la muqueuse. Toutes les fois que j'ai eu l'occasion de l'observer, la toux était constante, nerveuse, sèche, coqueluchoïde même bien des fois, mais les altérations locales du larynx étaient légères, elles consistaient en une simple rougeur des cordes et de la région aryténoïdienne. C'était au point qu'il fallait se demander si la lésion vocale n'était pas la conséquence de cette toux irritante, plutôt que sa cause déterminante.

A la deuxième période, les phénomènes douloureux et la dysphagie sont d'autant plus prononcés que les ulcérations sont situées plus en dehors du larynx, c'est-à-dire sur les bords de l'épiglotte ou sur la région aryténoïdienne. En effet, ces mêmes

manifestations dans l'intérieur du larynx sont à peu près indolores. Les sensations douloureuses, lorsqu'elles existent, ne sont pas limitées au larynx, elles se propagent également aux oreilles, et il arrive même que les malades se plaignent davantage de cet organe que de celui qui est réellement atteint. L'otalgie est généralement plus accentuée d'un côté que de l'autre, elle est en rapport avec les altérations de la muqueuse vocale.

C'est surtout à la troisième période que les douleurs au moment de la déglutition sont des plus intenses; tout mouvement de l'organe les réveille et les exaspère. L'apparition des phénomènes douloureux au moment de l'acte qui consiste à avaler, s'explique non seulement par le passage des aliments sur des surfaces enflammées et souvent ulcérées, mais aussi par le frottement de deux muqueuses irritées, tuméfiées et plus ou moins profondément atteintes. J'ai vu dans quelques cas, la dysphagie être la conséquence d'hypertrophies osseuses, véritables stalactites naissant du cricoïde, et perforant la muqueuse aryténoïdienne, pour faire saillie dans l'œsophage (voir p. 403).

Il n'est pas très rare, chez certains tuberculeux avancés, de constater simplement une infiltration œdémateuse sans ulcération de la paroi postérieure du larynx, coïncidant avec une douleur considérable à la déglutition; elle s'explique très bien par la périchondrite ou les arthrites crico-aryténoïdiennes ou crico-thyroïdiennes dont l'infiltration est le symptôme objectif le plus saillant.

La propagation de la douleur aux oreilles s'explique, ainsi que l'a dit autrefois le Dr Beverley-Robinson (1876), par la connexion qui existe entre l'oreille et le larynx. Car la branche sensitive auriculaire du ganglion supérieur du nerf vague (filet d'Arnold), se distribue au conduit auditif et à la membrane du tympan.

Notons enfin en terminant que la déglutition des liquides et surtout de la salive, déglutition à vide, est beaucoup plus douloureuse que celle d'un bol alimentaire. De plus, parmi les liquides difficiles à avaler, le lait occupe le premier rang; après lui viennent le bouillon et le jus de viande; ces aliments produisent au niveau de l'arrière-gorge une sensation de brûlure, extrêmement

pénible, que les malheureux tuberculeux comparent à un tison ardent placé dans leur arrière-gorge. Beaucoup de ces malades préfèrent même se priver de nourriture plutôt que de s'exposer aux douleurs vives et intolérables qu'ils ressentent au moment de la déglutition.

Dans certaines formes un peu moins graves, il peut se faire que les premières bouchées soient pénibles et difficiles à déglutir, puis que la région atteinte subissant une sorte d'entraînement l'alimentation devienne plus facile; dans ces cas, c'est aux aliments demi solides qu'il faut donner la préférence, car ce sont eux qui passent le plus aisément dans l'œsophage.

La phonation et la toux ne sont douloureuses que dans la troisième période de la maladie et dans les formes ulcéreuses graves et très avancées.

Habituellement la pression sur les côtés du larynx est indolore; on peut impunément appuyer l'organe vocal contre la colonne vertébrale, le remuer dans le sens horizontal, sans occasionner de véritable douleur au malade. C'est seulement dans les cas de périchondrite cricoïdienne que la pression pourrait être pénible et douloureuse.

Krishaber et Peter ont depuis longtemps fait remarquer que la toux n'était pas le fait de la laryngite seule et qu'elle était plutôt la conséquence de l'affection pulmonaire concomitante, puisque dans la phtisie laryngée primitive ce symptôme pouvait faire complètement défaut. Cette opinion est évidemment un peu absolue, mais il est certain que la toux ne constitue pas un symptôme bien important dans le cortège clinique de la tuberculose vocale. Habituellement sèche et brève au début, elle prend le caractère coqueluchoïde, s'il existe des phénomènes d'irritation récurrentielle, s'accompagnant du sentiment de prurit auquel j'ai fait allusion plus haut. L'accumulation de mucosités sur la région postérieure ou sur le bord des cordes vocales, peut également provoquer une sorte de « hem » plutôt qu'une véritable quinte de toux. Par contre, lorsque ce symptôme existe par le fait de lésions pulmonaires concomitantes, il suit les caractères de la voix; c'est ainsi que la toux est successivement sonore, rauque, voilée, sac-

cadée, éteinte même, souvent elle devient éructante, produisant, comme l'ont dit autrefois Trousseau et Belloc, le son d'un rot étouffé ; ou bien elle s'accompagne d'efforts de vomissements, par suite de l'exagération considérable de la sensibilité de l'arrière-gorge.

Respiration. — La respiration, normale dans la période catarrhale, peut être gênée à un stade plus avancé, suivant le siège de la lésion et sa nature. L'immobilisation des cordes vocales par arthrite crico-aryténoïdienne, ou compression récurrentielle, l'infiltration du pourtour de l'orifice glottique (cordes vocales) ou de la région sous-glottique, l'existence de végétations polypiformes ou autres dans l'intérieur du larynx, sont autant de causes qui apportent un obstacle sérieux à l'entrée de l'air dans les voies aériennes. Dans certains cas la respiration est gênée au point de nécessiter l'intervention chirurgicale. Je ne ferai que signaler les troubles respiratoires consécutifs à la désorganisation du poumon, qui s'observent à la période tout à fait terminale, ils existent parfois, avec une muqueuse vocale absolument normale.

Seul l'examen laryngoscopique permettra d'établir nettement si le larynx entre ou non pour une part quelconque dans la pathogénie des symptômes observés.

Expectoration. — Elle dépend surtout comme qualité et comme quantité de l'état des poumons. Au début, elle est à peu près nulle, tandis que dans le stade ultime elle est la conséquence d'une salivation abondante, provenant de ce que le malade, redoutant d'avaler, préfère rejeter au dehors les sécrétions qui s'accumulent dans son arrière-gorge. D'une façon générale l'expectoration réellement laryngée est tantôt muqueuse, parfois muco-purulente, purulente même ou striée de sang. Elle peut même contenir des débris de cartilages nécrosés. Il est très difficile d'établir nettement qu'elle est la part de sécrétion qui provient du larynx et celle au contraire qui ne fait que passer par cet organe, venant des portions profondes de l'arbre respiratoire.

Symptomes généraux. — Ils ne sont pas toujours en rapport avec la lésion laryngée, c'est ainsi que tel malade ayant un aspect relativement bon, peut avoir un larynx dans un état déplorable, présentant des lésions à la seconde ou même à la troisième période.

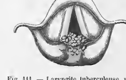
L'état général est plutôt sous la dépendance des altéraions pulmonaires que de la laryngite. Toutefois lorsque les deux manifestations coïncident et que le malade éprouve une dysphagie intense, l'amaigrissement fait des progrès rapides, non seulement par suite de l'infection de l'organisme tout entier, mais aussi à cause de la difficul'é qu'ont les tuberculeux à réparer leurs forces.

II. Symptômes objectifs. — Ce sont les plus importants puisque seuls ils expliquent l'existence des troubles fonctionnels et que seuls ils permettent de voir comment évolue la tuberculose de l'organe vocal èt la période à laquelle en est arrivé le malade qu'on examine.

Première période (catarrhale). — Dans cette phase de la laryngite bacillaire l'examen laryngoscopique révèle la présence de lésions qui n'ont habituellement aucun caractère particulier et se rapprochent beaucoup de ceux d'une simple inflammation catarrhale aiguë ou chronique. Dans quelques cas cependant les lésions sont assez localisées et assez nettes pour faire soupçonner, sinon affirmer le début d'une tuberculose laryngée. Ainsi la rougeur limitée à la partie postérieure de l'organe vocal, sur les aryténoïdes ou sur les cordes, rougeur carminée persistant pendant plusieurs semaines, doit, chez un malade un peu fatigué, présentant quelques-uns des signes de l'infection bacillaire, faire songer à l'évolution possible de cette lésion du côté du larynx. D'autres fois, le début est caractérisé par les îlots


Fig. 110. — Laryngite bacillaire, période catarrhale.

d'hypérémie et même de véritables plaques ecchymotiques disséminées dans le larynx (Isambert, Fauvel, Jaccoud). Chez quelques malades c'est la pâleur excessive de la muqueuse de l'arrière-gorge, du voile du palais et du larynx qui révèle l'état de dénutrition générale et par conséquent la possibilité d'une infection tuberculeuse (Isambert, B. Fraenkel, Lennox-Browne, etc.). Très souvent, en même temps que l'une des lésions précédentes, on constate l'existence d'une sorte d'état verruqueux de la muqueuse inter-aryténoïdienne. Cette dernière prend l'aspect de velours d'Utrecht (velvétique), reposant sur un fond légèrement œdémateux qui empêche l'affrontement complet des cordes vocales. Toutefois ce symptôme qui a été considéré pendant longtemps commo ayant une importance capitale et constituant presque un signe pathognomonique (Brébion) de la phymie laryngée, a beaucoup perdu de sa valeur depuis que l'on connaît mieux les lésions de l'organe vocal. Il n'est pas rare de rencontrer cet état velvétique dans certaines laryngites accompagnant soit le coryza atrophique, soit certaines angines arthritiques.


Fig. 111. — Laryngite tuberculeuse, passage à la deuxième période.

Par contre, si la muqueuse inter-aryténoïdienne offre un aspect réellement verruqueux, presque polypoïde, constitué par des saillies grisâtres, papillaires, séparées par des raghades plus ou moins profondes; si en outre il existe de l'infiltration de la muqueuse inter-aryténoïdienne ou des replis ary-épiglottiques, si légère que soit cette infiltration, on doit, en présence de ces signes, penser à la possibilité d'une laryngite bacillaire tout à fait au début. A plus forte raison ce diagnostic s'imposera si ces diverses lésions sont accompagnées d'érosions en coup d'ongle ou de lime (Isambert). A ce moment l'affection passe de la première à la seconde période, c'est-à-dire du stade d'infiltration

simple à celui où vont apparaître des altérations morbides plus caractéristiques.

Deuxième période. — Nous distinguerons les formes ulcéro-œdémateuses circonscrites, ulcéro-œdémateuses diffuses, végétantes ou polypoïdes.

A. *Forme ulcéro-œdémateuse circonscrite.* — Il n'est pas très rare à cette période de constater, suivant l'état général du malade, soit une sorte de rougeur cantonnée à une partie de l'organe vocal, soit au contraire une pâleur diffuse qui est pour ainsi dire la continuation de celle que l'on observe sur l'arrière-gorge et en particulier au niveau du voile du palais, dès le début de l'infection bacillaire.



Fig. 112. — Laryngite bacillaire (2e période), ulcération et dégénérescence pachydermique de l'épiglotte et de l'intérieur du larynx.

Même dans les formes les plus circonscrites la région postérieure ou inter-aryténoïdienne n'est presque jamais épargnée; elle revêt à un degré manifeste cet état velvétique, papillaire même, sur lequel Isambert et la plupart des auteurs anciens ont depuis longtemps déjà appelé l'attention. En même temps on voit survenir de l'infiltration au niveau de l'un des deux aryténoïdes et du repli correspondant, quelquefois une seule corde vocale augmente de volume, devient rugueuse, inégale et granuleuse, se creusant de petites dentelures superficielles, pour constituer l'affection décrite en Allemagne sous le nom de *chorditis vocalis inferior*. Ces sortes de nodosités peuvent même atteindre la bande ventriculaire, mais habituellement l'épiglotte est épargnée. On assiste dans ces cas à l'évolution de véritables hémiphymies, puisque c'est à peine si l'on observe un léger état catarrhal de la corde vocale correspondante. D'autres fois, la lésion est un peu plus diffuse, en ce sens que l'infiltration occupe toute la région postérieure du larynx, les deux aryténoïdes, y compris la

muqueuse inter-aryténoïdienne, qui est plus ou moins saillante et fissurée. Les cordes vocales simplement rouges ou un peu tuméfiées, présentent soit sur leurs bords libres, soit au niveau de leur partie postérieure, vers les apophyses vocales, une ulcération superficielle. On rencontre également de véritables ulcères granuleux à fond grisâtre, mais à surface limitée occupant soit la partie correspondante de la bande ventriculaire, soit la face laryngée de l'épiglotte. Cette dernière est habituellement épargnée ; les replis ary-épiglottiques sont à peine infiltrés ; on sent très bien qu'il s'agit ici de cette sorte d'œdème dur, localisé, bien étudié autrefois par Gouguenheim et Tissier, sous le nom de sclérème hypertrophique.

Enfin, dans certaines formes, l'infiltration postérieure est relativement légère et les altérations semblent pour ainsi dire se cantonner aux cordes vocales qui deviennent rouges, granuleuses, se tuméfient et semblent comme dédoublées dans leur longueur (Gottstein). La muqueuse ventriculaire infiltrée et saillante recouvre en partie les cordes sous-jacentes, simulant une soi-disant éversion du ventricule (Moure). Souvent aussi existent sur la partie moyenne des rubans vocaux (Ruault), des ulcérations plus ou moins profondes. Elles occupent soit la face supérieure, soit de préférence le bord libre, qui présente un certain nombre de saillies et d'échancrures s'engrenant dans des anfractuosités analogues de la corde opposée, pour former ce qu'Isambert avait décrit autrefois sous le nom d'aspect serratique des cordes vocales.

Lorsque pareilles altérations morbides se cantonnent aux rubans vocaux, la phonation est profondément altérée, car le muscle thyro-aryténoïdien est toujours plus ou moins parésié.

B. *Forme ulcéro-œdémateuse diffuse.* — Elle constitue pour ainsi dire la forme classique de la tuberculose laryngée, soit que l'infection débute par l'organe vocal, soit au contraire qu'elle évolue à la suite de lésions pulmonaires plus ou moins avancées.

Les parties de la muqueuse laryngée le plus souvent et le plus régulièrement atteintes sont par ordre de fréquence : celle qui recouvre la région inter-aryténoïdienne, les cartilages aryténoïdes,

les cordes vocales, les bandes ventriculaires, les replis ary-épiglottiques, l'épiglotte et la région sous-glottique. Les lésions de la région aryténoïdienne sont souvent très précoces et ne manquent pour ainsi dire jamais. Dans la forme qui nous occupe, elles sont parfois symétriques, mais presque toujours plus marquées sur un aryténoïde que sur l'autre. Les replis ary-épiglottiques inégalement infiltrés donnent au larynx un aspect dévié. Ils prennent l'apparence pyriforme ayant leur portion effilée au niveau de l'insertion épiglottique. Les bandes ventriculaires se transforment en espèces de bourrelets n'ayant plus aucune limite distincte; le gonflement peut être tel qu'il gagne la région des ventricules de Morgagni, dont l'ouverture disparaît. Alors se produisent ces sortes de pseudo renversements de la muqueuse désignés à tort par les auteurs sous le nom d'éversion ventriculaire, car il est bien établi aujourd'hui que si la muqueuse du ventricule peut se tuméfier au point de recouvrir en partie ou en totalité la corde vocale sous-jacente, elle ne saurait en aucun cas se détacher du cartilage thyroïde, auquel elle adhère d'une manière intime, pour venir s'éverser au dedans du larynx.

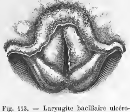


Fig. 113. — Laryngite bacillaire ulcéro-œdémateuse diffuse.



Fig. 114. — Laryngite tuberculeuse (l'épiglotte boursouflée rappelle le museau de tanche utérin).

Lorsque le gonflement a gagné l'épiglotte, l'infiltration de cet opercule parfois limitée à la face linguale, vient se perdre sur le bord libre qui est toujours plus ou moins épaissi. La plupart du temps, la tuméfaction se généralise et produit l'immobilisation et

la déformation de l'organe. Il revêt l'aspect en phymosis ou en paraphymosis (Isambert). L'opercule glottique ainsi épaissi peut acquérir cinq ou six fois même son volume ordinaire, prenant l'apparence du museau de tanche utérin. D'autres fois il a la forme d'un turban.

A cette période on rencontre également des ulcérations disséminées dans divers points et occupant de préférence la surface postérieure des bandes ventriculaires, les cordes vocales, l'épiglotte ou la région aryténoïdienne. Habituellement aplaties, taillées comme de petits cratères irréguliers dans l'épaisseur de la muqueuse, ces ulcérations sont très superficielles au début et leurs bords se perdent pour ainsi dire peu à peu dans les parties saines qui les environnent. Par contre, à un stade plus avancé, elles sont au contraire très faciles à reconnaître tant leur surface est anfractueuse et grisâtre, leurs bords sont un peu plus saillants, déchiquetés même. Ces pertes de substance sont presque toujours multiples, disséminées un peu partout dans l'organe vocal, sans ligne de démarcation bien nette. Sur l'épiglotte elles occupent ordinairement le bord libre ou la face linguale de cet opercule. Dans le larynx, elles se cantonnent aux aryténoïdes ou aux bandes ventriculaires, quelquefois même elles atteignent la région sous-glottique. Dans ce cas, la muqueuse de cette région vient faire saillie au-dessous des rubans vocaux, où elle forme deux bourrelets qui contribuent à obstruer l'orifice respiratoire. On a alors sous les yeux trois ou quatre plans qui sont, en allant de la partie supérieure vers les régions inférieures : la bande ventriculaire, la muqueuse du ventricule tuméfié, la corde vocale rouge, éraillée ou ulcérée et la muqueuse sous-glottique.



Fig. 115. — Laryngite tuberculeuse, forme diffuse, l'épiglotte est boursouflée, la région aryténoïdienne et les cordes sont tuméfiées et ulcérées.

Lorsque les altérations morbides ont envahi profondément l'épiglotte, cette dernière peut être réduite à un lambeau informe,

déchiqueté, à bords irréguliers et anfractueux, à peu près immobilisés au-dessus du larynx. La coloration de la muqueuse varie suivant l'état général du malade. Tantôt rouge et assez colorée, elle offre dans d'autres cas un aspect pâle, grisâtre et décoloré ; souvent elle est recouverte de mucosités ou même de sécrétions purulentes qui cachent la plupart des lésions à la vue de l'observateur. C'est après avoir fait tousser et cracher le malade, ou après avoir nettoyé le larynx avec le porte-ouate garni, que l'on aperçoit les différentes altérations morbides que je viens de décrire.

Enfin il n'est pas très rare, vers la fin de cette période, de voir survenir des arthrites crico-aryténoïdiennes (Cartaz), qui se manifestent surtout par du gonflement péri-articulaire et l'immobilisation de la corde vocale correspondante. Ces sortes d'arthrites peuvent occuper les deux côtés du larynx. Dans ce cas il survient de l'asphyxie par sténose glottique, à moins que les ulcérations destructives de la muqueuse agrandissant l'orifice normal permettent à l'air de pénétrer dans les poumons malgré l'immobilisation des deux cordes vocales en position presque médiane.

MM. Gouguenhein et Tissier ont également décrit d'une façon très complète les paralysies myopathiques ou par compression des récurrents, que l'on peut avoir l'occasion d'observer à cette période de la maladie ; il n'est pas douteux que dans cette forme les troubles dyspnéiques revêtent une grande intensité.

C. *Forme végétante.* — Dans certains cas, particulièrement dans les formes lentes et chroniques, la tuberculose laryngée se traduit par l'apparition de tumeurs verruqueuses inégales, à base d'implantation large ; ces hypertrophies localisées ont une forme acuminée à leur sommet, elles occupent l'espace inter-aryténoïdien et font une saillie notable dans l'espace glottique qu'elles masquent en partie. Ce sont ou de grosses granulations anfractueuses entre lesquelles les concrétions se déposent et se dessèchent, ou bien de véritables végétations tuberculeuses prenant l'aspect polypoïde, qui peuvent arriver tant par leur nombre que par leur volume et leur confluence à obturer presque complète-

ment l'orifice glottique. Dans les cas légers, il s'agit simplement de lésions verruqueuses d'aspect gris rosé, faisant une saillie en forme de coin, au niveau de la paroi postérieure.

Connues depuis longtemps et signalées autrefois par Mandl, Schnitzler, etc., ces tumeurs polypoïdes ont surtout été bien décrites par Ariza (de Madrid), et en France par Gouguenheim et Glover. C'est la lésion désignée en Allemagne et en Autriche sous le nom de pachydermie laryngée.

Les bourgeons peuvent également prendre naissance sur les bandes ventriculaires, le fond des ventricules ou même les cordes ulcérées, constituant alors de véritables tumeurs polypeuses, pédiculées, qui ressemblent assez bien à de vulgaires polypes du larynx dont ils diffèrent par la coexistence de lésions sur la région postérieure et par les déformations de l'organe qui infailliblement les accompagnent.

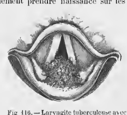


Fig 116. — Laryngite tuberculeuse avec dégénérescence dermo-papillaire, pachydermique, de la région inter-aryténoïdienne.

En résumé, ces amas végétants pourront varier comme siège, comme volume et comme aspect, mais habituellement la région postérieure n'est jamais épargnée. Il m'a paru que cette sorte de tuberculose fongueuse inter-aryténoïdienne, était particulièrement fréquente, non seulement comme l'a dit Ruault, chez d'anciens syphilitiques, chez des buveurs ou chez les gens vivant au milieu de la poussière, chez les priseurs ou les fumeurs, mais aussi et surtout chez les malades atteints de coryza atrophique ozénateux ou ses dérivés. En effet comme l'état papillaire de la région est pour ainsi dire classique dans la laryngite atrophique des ozénateux, il n'est pas étonnant de le voir se produire à un degré bien plus prononcé encore lorsque ces malades se trouvent atteints d'une tuberculose laryngée à évolution lente.

Enfin, MM. Gouguenheim et Glover ont signalé l'existence de

véritables polypes tuberculeux pédiculés, chez des malades n'offrant que des signes très légers de tuberculose pulmonaire et même chez des sujets indemnes de toute altération bacillaire appréciable soit à la percussion, soit à l'auscultation la plus attentive.

Ordinairement ces tumeurs récidivent après leur ablation et c'est l'examen histologique seul qui permet de reconnaître leur nature tuberculeuse.

Troisième période. — Lorsque la maladie est arrivée à ce dernier stade, c'est-à-dire à ce moment où les lésions sont irréparables et le malade définitivement perdu, à cette période qu'Isambert a caractérisée de carie et de nécrose, les différentes altérations correspondantes se confondent pour ainsi dire en une seule, tant elles deviennent confluentes. C'est la période des périchondrites consécutives aux altérations qui ont gagné en profondeur et ont amené la nécrose des cartilages correspondant aux points atteints.

Dans certaines formes à évolution rapide, les aryténoïdes, les cartilages de Wrisberg, une partie même du cricoïde ont pu être nécrosés et éliminés. Tandis que dans les formes plus lentes on voit se produire des points d'ossification et même de véritables ostéophytes dont j'ai observé autrefois un bel exemple (voir fig. ci-jointe). De même que l'on peut voir apparaître des abcès circonscrits ou diffus venant s'ouvrir autour des lames du thyroïde, en avant ou sur les côtés.

Alors se forment un ou plusieurs trajets fistuleux externes communiquant avec une partie du thyroïde nécrosé. A ce moment, le larynx s'affaisse, sa cavité complètement déformée est irrégulière ; les replis ary-épiglottiques ne sont plus représentés que par des bourrelets énormes recouverts de vastes ulcérations grisâtres, d'aspect miliaire, se continuant sur les côtés avec des ulcérations de l'épiglotte et de la base de la langue. Tout l'organe est déformé, déchiqueté, rempli de sécrétions purulentes grisâtres, souvent fétides, que le malade rejette avec d'autant plus de difficulté que les efforts d'expulsion sont extrêmement doulou-

reux, ainsi que les mouvements imprimés aux cordes vocales par le bol alimentaire ou la déglutition de la salive. Les troubles fonctionnels acquièrent, à cette phase de la maladie, leur maximum d'intensité; non seulement le malade est aphone, mais la dysphagie est devenue intense, au point que le malheureux pa-

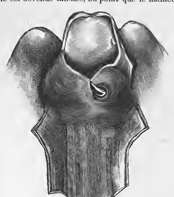


Fig. 117. — Laryngite tuberculeuse à la troisième période, avec périchondrite du chaton du cricoïde et production d'un véritable ostéophyte ayant perforé la muqueuse œsophagienne.

tient ne peut se nourrir qu'aux prix des souffrances les plus vives; souvent même il préfère se priver de nourriture pour s'épargner la douleur qu'il éprouve au moment du passage du bol alimentaire. Les troubles généraux sont alors des plus intenses, la respiration est pénible, difficile et anxieuse à cause de la sténose laryngée et surtout de la fonte tuberculeuse des poumons, l'infection est à son comble et tout dans l'état général du malade fait prévoir le dénouement fatal d'une affection arrivée à sa dernière étape.

Anatomie pathologique. — Le cadre de ce traité ne nous permet pas de nous étendre longuement sur l'anatomie pathologique de la tuberculose laryngée qui a été étudiée très en détail dans l'ouvrage de MM. Gouguenheim et Tissier. Je dois d'abord rappeler que certaines altérations morbides sont impossibles à retrouver à l'autopsie, telles l'anémie, la rougeur, les troubles de la motilité, quelquefois même certains œdèmes aigus. La tuberculose du larynx ne diffère pas de celle des autres organes; elle est caractérisée par des dépôts tuberculeux avec tuméfaction ou ulcération de la membrane muqueuse.

L'infiltration œdémateuse est une des lésions les plus constantes; elle apparaît sur le cadavre comme un gonflement uni, pâteux, résistant, recouvert d'une muqueuse pâle, plissée à sa surface, dépolie et parfois parsemée de granulations caséeuses. On a beau presser les replis ary-épiglottiques entre les doigts, aucun liquide ne s'écoule, c'est plutôt une sorte de gonflement inflammatoire qu'une véritable suffusion séreuse ou même séro-gélatineuse. Dans les formes lentes, l'œdème est alors dur, les tissus sont plus compacts (sclérème). A l'examen microscopique des parties tuméfiées, on constate au-dessous de la couche épithéliale de la muqueuse une infiltration cellulaire abondante. On trouve également des nodosités tuberculeuses surtout au-dessous de l'épithélium, alors que le tissu situé entre le dépôt bacillaire et l'épithélium contient des cellules rondes et beaucoup de vaisseaux, mais pas de tubercules, ce qui tendrait à prouver que les ulcérations se font de dedans en dehors.

Les bacilles sont rares dans les granulations tuberculeuses; ces dernières apparaissent aux diverses périodes de leur évolution, elles sont quelquefois en voie de dégénérescence granulo-graisseuse, ou bien elles ont subi la fonte purulente.

La plupart des éléments constitutifs de l'organe vocal sont plus ou moins altérés. Les glandes peuvent être atteintes soit primitivement, soit secondairement. Ainsi que l'ont démontré MM. Cornil et Ranvier, Doléris, etc., etc., le tissu conjonctif qui les enveloppe est détruit et l'infiltration tuberculeuse pénétrant entre les acini les comprime et les fait bientôt disparaître. Plus

tard, à la troisième période, le cartilage lui-même est plus ou moins altéré, ossifié, nécrosé ou carié.

Le périchondre contient de nombreuses cellules purulentes au milieu desquelles baigne le fibro-cartilage de la charpente du larynx. Ce dernier, pénétré à son tour, se ramollit et subit fatalement la transformation graisseuse à moins qu'il ne devienne le siège d'un travail d'ossification et de nécrose.

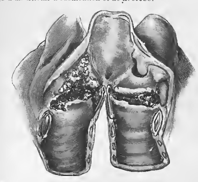


Fig. 118. — Aspect d'un larynx tuberculeux ouvert (troisième période, ulcéro-nécrosique).

Quant aux vaisseaux, leurs tuniques sont détruites par l'infiltration tuberculeuse ; il est rare que les muscles soient pénétrés par le tubercule, mais ils sont infiltrés de cellules rondes et leur substance contractile est très souvent transformée en une fine masse moléculaire.

L'épithélium est quelquefois conservé ; le plus souvent il s'infiltre et tombe, laissant à nu des points de la muqueuse qui vont devenir l'origine des ulcérations.

L'ulcère tuberculeux est caractérisé par la présence de tubercules sur les bords ou à sa base ; on peut même le considérer

comme tel lorsqu'on y trouve des cellules géantes formant une infiltration diffuse ou circonscrite dans la trame conjonctive.

Les ulcérations varient de forme et de dimension, suivant qu'elles succèdent à une infiltration ou à de petites tubercules miliaires isolés. Dans ce dernier cas, les ulcères sont superficiels, nombreux, non confluents au début, ils constituent les érosions aphteuses de corrosion ou d'infection, des auteurs. Ces pertes de substance apparaissent en général dans les points où la muqueuse peu adhérente se laisse facilement distendre, au niveau des bandes ventriculaires surtout à leur face inférieure.

Les ulcères profonds, cratériformes, constituent le second type ; leurs bords sont décollés, leur fond grisâtre, recouvert de pus ou de muco-pus, ou même de sécrétions ichoreuses. La muqueuse est criblée de petits orifices présentant suivant l'expression pittoresque de Schech, un aspect ethmoïdal.

Les végétations papillaires qu'on observe surtout au niveau de la région inter-aryténoïdienne font en général partie intégrante du processus tuberculeux. Toutefois, il peut se faire qu'à l'examen histologique on ne trouve pas dans ces masses polypeuses tous les caractères des lésions bacillaires. L'inoculation de ces néo-formations a même pu donner un résultat négatif, sans que pour cela les végétations aient eu d'autre cause déterminante que la tuberculose. Les transformations dermo-papillaires de la région postérieure de l'organe vocal ont été parfaitement étudiées par Forster, Doléris, Virchow et plus récemment par le Dr Luc. Quoique très fréquentes dans la tuberculose laryngée, il est parfaitement démontré aujourd'hui, ainsi que l'a fait remarquer Ruault, que ce mode de réaction de la muqueuse laryngée peut être la conséquence d'une irritation locale continue et prolongée. On l'observe soit dans la syphilis, soit même autour de certains épithéliomas et bien plus souvent encore dans les laryngites sèches du coryza atrophique ozénateux ou autre (Moure). Toutefois, il faut bien se rappeler que l'existence d'une pareille lésion doit toujours mettre en garde contre la possibilité d'une altération tuberculeuse au début et par conséquent faire diriger les recherches dans ce sens.

Quant aux caries et nécroses qui compliquent la phtisie laryngée à sa période ultime, elles ne présentent histologiquement et macroscopiquement rien de particulier.

Marche Durée. — La marche de la tuberculose laryngée est soumise à de si nombreuses variations que plusieurs auteurs ont établi des formes cliniques, basées sur l'allure de cette infection.

Tandis que la tuberculose aiguë (miliaire) évolue comme nous le verrons plus loin, en quelques mois, la forme réellement chronique, lupique, voir p. 432) dure pendant plusieurs années.

En général, on peut considérer que la marche de la lésion vocale suit l'évolution de la tuberculose pulmonaire. C'est ainsi que certaines laryngites bacillaires progressent lentement avec ou sans rémission, tandis que d'autres évoluent par poussées aiguës, avec des périodes d'arrêt plus ou moins longues.

La tuberculose vocale primitive peut rester longtemps stationnaire, tant que n'auront pas apparu les manifestations pulmonaires. Par contre, dès que ces dernières seront installés, il pourra se faire que l'infection brûlant les étapes arrive rapidement à sa dernière période et emporte le malade en dépit du traitement le plus régulièrement appliqué et le plus minutieusement suivi. On peut considérer du reste que la laryngite tuberculeuse évolue d'autant plus vite que le sujet est plus jeune D'après mon expérience je considère que les laryngites bacillaires infantiles revêtent presque toujours une marche aiguë. Les formes des adolescents prennent également une allure assez rapide et ne ne sont guère enrayées dans leur marche si le terrain est déjà préparé par une hérédité bien établie. C'est surtout chez les tuberculeux de trente à cinquante ans que l'on voit l'affection subir des rémissions plus ou moins prolongées, avec poussées aiguës qu'il est quelquefois possible d'enrayer si l'état général du sujet atteint se maintient assez bon, et s'il est en situation de pouvoir soigner sa tuberculose générale. On voit ainsi des laryngites se prolonger pendant des années, osciller de temps à autre, puis rétrocéder, et même guérir en un laps de temps plus ou moins long.

Il faut bien ajouter que certains traitements intempestifs sont susceptibles de précipiter l'évolution du mal, que l'agent irritant soit d'origine professionnelle, médicamenteuse ou autre. La durée de la tuberculose laryngée, comme celle des poumons et de la plupart des organes du reste, peut donc être extrêmement variable, suivant sa forme, sa manière d'être et surtout suivant l'état général du malade sur lequel elle évolue.

Terminaison. — Habituellement, la diffusion des germes bacillaires au larynx constitue une complication fâcheuse.

Dans les cas les plus heureux, lorsque les lésions limitées évoluent lentement, on voit sous l'influence d'un traitement bien dirigé, les manifestations locales guérir peu à peu et celles des poumons se cicatriser parallèlement. La guérison est temporaire ou définitive. Ce dernier mode de terminaison est malheureusement le plus rare. Il faut même savoir que dans ces cas, le malade doit être surveillé très attentivement pendant plusieurs années, car une atteinte semblable prédispose toujours à des récidives ultérieures.

Lorsque la mort est la conséquence de l'infection, elle survient habituellement soit par l'aggravation spontanée des lésions pulmonaires et laryngées, soit par le fait même de l'émaciation et de la cachexie qu'entraîne cette affection, soit par l'inanition à laquelle la dysphagie douloureuse condamne le malade, soit encore par suffocation consécutive à la sténose glottique. C'est toutefois une terminaison rare à laquelle il est généralement possible de parer par l'ouverture des voies aériennes.

Pronostic. — Le pronostic se déduit de ce que je viens de dire. Avec Gottstein il est raisonnable d'admettre que rien ne garantit contre les poussées tuberculeuses du larynx, s'il existe une tuberculose pulmonaire encore virulente. L'existence d'ulcérations et d'infiltrations est toujours d'un pronostic assez grave, mais même dans ces cas, il dépend de l'évolution de la maladie. Nous avons tous vu des ulcères tuberculeux guérir complètement sous l'influence du traitement général et local combinés, *quel-*

quefois même par le traitement général seul, régulièrement observé.

Cette opinion de la curabilité de la tuberculose laryngée a donné lieu durant de longues années à de nombreuses discussions et durant longtemps j'ai entendu soutenir le pour et le contre par des praticiens autorisés, dans les réunions internationales auxquelles j'ai assisté. Je crois cependant qu'à l'heure actuelle, la cause est à peu près jugée et que tout le monde est d'accord pour admettre la curabilité de cette complication.

Le pronostic quoique grave, est donc un peu moins sombre, malheureusement il existe encore des formes de laryngites bacillaires et c'est le plus grand nombre hélas ! qui sont au-dessus des ressources de l'art.

Chez ces malades, la diathèse est toujours vivante, toujours prête à se manifester, même lorsqu'elle semble rétrocéder, car le terrain favorable à l'évolution du bacille est souvent préparé par une hérédité fâcheuse et par une infection profonde de l'organisme. Lorsque la guérison se produit, elle s'opère par le même mode curateur qui préside à la cure de la tuberculose pulmonaire, processus dont les histologistes nous ont révélé le secret. « Les travaux des histologistes, écrit M. Jaccoud, en particulier ceux de mon excellent ami et éminent collègue Grancher, ont établi l'importance et la fréquence d'un processus curateur, qui peut enrayer le développement du tubercule, gros ou petit, à un moment quelconque de son évolution, et le transformer en un produit inoffensif, désormais sans action sur l'organisme, non plus que sur le tissu voisin. Ce processus consiste dans la transformation fibreuse du néoplasme ; cette transformation n'est point exceptionnelle, elle n'est pas même absolument rare ; permettez que je vous rappelle à ce sujet, l'importante déclaration de Grancher : « Ce qui (en dehors des caractères anatomiques) différencie l'évolution du tubercule de celle du cancer, c'est la tendance *naturelle* du tubercule à devenir fibreux. » Il s'agit donc ici d'une transformation inhérente à la nature même de la lésion, et non point d'un travail fortuit et irrégulier. En fait, tout tubercule, quelle qu'en soit sa

forme, est soumis, dès sa naissance, à deux processus opposés : l'évolution caséeuse au centre, l'évolution fibreuse à la périphérie. De la prépondérance définitive de l'une ou l'autre de ces transformations, dépend la destinée ultérieure de la néoplasie; elle s'étend et entraîne le tissu de l'organe dans sa destruction propre, si la caséification et le ramollissement l'emportent; elle demeure stationnaire et dépourvue de toute influence nocive sur le tissu qui la renferme, si l'évolution fibreuse est totale : c'est la guérison. »

Il est évident, que lorsque les ulcérations sont nombreuses, très étendues et profondes, on aura peu d'espoir de les voir disparaître, surtout si les lésions pulmonaires sont avancées.

Lorsque la nutrition générale est contrariée, lorsque le mal procède par poussées aiguës successives, la terminaison fatale devient presque la règle.

Il faut savoir aussi qu'un malade considéré comme guéri pendant plusieurs années, pourra, sous l'influence de causes variables, être de nouveau atteint par l'impitoyable bacille et succomber cette fois, malgré le traitement local et général.

Bien qu'il soit impossible à l'heure actuelle, comme autrefois, de savoir à l'avance quels sont les cas susceptibles de guérir, je pense toujours, ainsi que je l'écrivais en 1890, dans mes leçons sur les maladies du larynx, que les malades chez lesquels on obtient une amélioration appréciable sont surtout ceux chez lesquels la tuberculose évolue lentement, produisant des lésions locales presque isolées et ne subissant pour ainsi dire presque jamais de ces poussées inflammatoires qui désorganisent en quelques jours la muqueuse vocale et le parenchyme pulmonaire.

Lorsque l'affection est arrivée à la troisième période, on peut considérer le pronostic comme grave, la mort est à peu près la terminaison obligatoire dans les formes diffuses.

Diagnostic. — L'ensemble des symptômes que je viens d'exposer constitue en général un guide précieux pour poser le diagnostic de l'affection. Cependant, cet ensemble symptomatologique est loin d'être toujours au complet, et nombreux sont les

cas oùest permise une légitime hésitation. En effet, à côté des malades chez lesquels les lésions pulmonaires avancées ne laissent aucun doute sur la nature des altérations dont ils sont porteurs, il en est d'autres chez lesquels l'examen du thorax donne des résultats douteux ou tout à fait négatifs. C'est alors l'examen laryngoscopique qui doit nous éclairer sur la nature de la lésion.

J'insisterai sur l'anémie persistante de la muqueuse vocale, ainsi que sur les troubles de la motilité qui accompagnent assez communément le début de la tuberculose laryngée.

Lorsqu'il s'agira d'une laryngite catarrhale simple, on constatera habituellement de la rougeur, un état plus ou moins dépoli des cordes, mais pas de gonflement ni d'ulcérations étendus au niveau de la région inter-aryténoïdienne. Nous rappellerons que l'aspect velvétique, dont Türck, et après lui Brébion et d'autres auteurs, ont voulu faire un signe pathognomonique de la laryngite tuberculeuse, n'est point caractéristique de la bacillose. C'est surtout sur l'évolution de la maladie, sa marche lente mais progressive, et sa résistance aux traitements locaux habituels qu'il faudra se baser pour éloigner l'idée d'un catarrhe simple de la muqueuse vocale.

La rougeur persistante, avec légère infiltration de la région aryténoïdienne, devra faire immédiatement songer à la possibilité d'une tuberculose au début. La syphilis, à sa période secondaire, peut bien produire aussi un érythème localisé au bord des cordes, parfois même des érosions (plaques muqueuses disséminées sur l'organe vocal); mais, habituellement, ces altérations morbides s'accompagnent de manifestations analogues du côté de l'arrière-gorge (voile du palais, piliers, amygdales, joues, lèvres) de la roséole et de la poly-adénite caractéristiques, qui mettent sur la voie du diagnostic.

La laryngite ulcéro-œdémateuse circonscrite ne saurait être confondue avec les ulcérations syphilitiques de la période tertiaire. En effet, ces dernières apparaissent ordinairement chez des sujets parfaitement sains, vigoureux et bien portants ; il est assez habituel chez les syphilitiques, même à la période tertiaire, de retrouver de la raucité de la voix et de la toux, si commune à la

seconde période. De plus, les pertes de substances spécifiques sont habituellement indolores ou peu douloureuses.

Dans la tuberculose, l'ulcération est plus superficielle, plus diffuse, et l'infiltration qui l'accompagne est plus pâle, plus décolorée que dans la syphilis. Dans cette dernière, le gonflement se localise à un côté du larynx, souvent à une bande ventriculaire et à la corde vocale correspondante; la région sous-glottique est rouge et même ulcérée, la région postérieure est épargnée. Dans la syphilis, la tuméfaction est rapidement suivie d'une ulcération anfractueuse, irrégulière, serpigineuse même, à fond cratériforme, et à bords saillants et relevés; elle gagne assez vite en largeur et en profondeur, si le traitement ne vient pas l'enrayer dans sa marche. En un mot, la marche de la syphilis est graduelle, progressive, souvent même rapide, tandis que celle de la tuberculose, sauf exceptions (formes aiguës, qui sont alors diffuses), est lente; et, lorsque apparaissent les ulcérations, il est rare qu'elles restent cantonnées à une partie de l'organe vocal.

Dans la forme ulcéro-œdémateuse diffuse, le diagnostic est généralement plus facile, précisément à cause de l'étendue même des lésions, l'infection syphilitique ayant pour caractère de se cantonner à un point de l'organe vocal, d'où elle s'étend et rayonne en divers sens.

Le mode de formation de ces deux lésions est aussi assez distinct : l'ulcère tuberculeux débute ordinairement par des points circonscrits qui, peu à peu, se réunissent pour former des ulcères confluents, le plus souvent multiples; dans la syphilis, la perte de substance est habituellement unique, plus ou moins étendue en surface et gagnant en profondeur.

Lorsque l'épiglotte est atteinte, il est absolument exceptionnel que, dans la syphilis, la base de la langue et souvent même la paroi pharyngienne soient épargnées, car on a dit avec raison que la vérole marchait ordinairement de haut en bas, de l'extérieur vers l'intérieur. En résumé : dans la tuberculose, envahissement diffus et irrégulier du larynx ; dans la syphilis, lésions limitées, cantonnées souvent à la moitié de l'organe vocal, en particulier aux bandes ventriculaires et à la région sous-glottique.

Toutefois, étant donné qu'un sujet syphilitique n'est point à l'abri de la tuberculose, on peut voir les manifestations des deux infections se combiner et déterminer des manifestations à forme hybride, dans lesquelles on retrouve les caractères des deux maladies, sans pouvoir arriver parfois à les différencier exactement l'une de l'autre.

C'est, en général, l'évolution de la tuberculose du côté des poumons, ou l'apparition d'autres accidents morbides syphilitiques à la peau, au pharynx ou ailleurs, qui mettra sur la voie de ce diagnostic.

Dans certains cas, cependant, il sera possible à un œil exercé de reconnaître l'existence des deux infections, et d'établir les caractères qui appartiennent à l'une et à l'autre. Dans les formes douteuses, le raclage de l'ulcère tuberculeux et l'examen bactériologique ou histologique pourra aider à trancher la question.

Les formes de tuberculose végétante ne pourraient guère être confondues qu'avec des polypes du larynx; mais ces derniers apparaissent, en général, chez des individus parfaitement sains par ailleurs, et ils se détachent sur une muqueuse normale.

Les productions polypeuses de la laryngite bacillaire sont presque toujours accompagnées de pertes de substance, ou tout au moins d'infiltrations caractéristiques.

Enfin, dans la véritable forme pseudo-polypeuse, décrite par Gouguenheim et Glover, c'est l'examen histologique qui a permis de reconnaître de la nature du néoplasme.

Je ne crois pas qu'il soit utile de faire le diagnostic différentiel entre les ulcérations de la tuberculose et les tumeurs malignes, car ces dernières offrent des caractères tellement nets, que pareille confusion ne saurait être admise, au moins pour la tuberculose classique.

Les paralysies vocales du début de la laryngite tuberculeuse pourraient être confondues avec les troubles de la motilité résultant de la compression des récurrents ou des pneumogastriques; mais, dans ces derniers cas, les paralysies sont presque toujours unilatérales ou du moins débutent par un côté; on peut du reste les observer au cours de la tuberculose vocale, soit que des gan-

glions tuméfiés, soit que le sommet du poumon droit infiltré, compriment les nerfs du larynx, et, par conséquent, immobilisent la corde vocale correspondante.

Quant aux paralysies de la période terminale de la phtisie laryngée, elles sont plutôt la conséquence du manque d'air pour faire vibrer les cordes, que le résultat d'une véritable perte de la motilité; cependant, il peut se faire que les muscles du larynx, dégénérés, n'arrivent plus à suffire pour rapprocher les rubans vocaux et les mettre en position de phonation.

A la période terminale de l'affection, c'est aux désordres myopathiques, autant qu'à l'absence du soufflet pulmonaire, qu'il faut attribuer la perte du timbre vocal.

Traitement. — Le traitement de la tuberculose laryngée s'est, depuis ces dernières années, considérablement simplifié, grâce aux nombreuses recherches et expériences faites un peu dans tous les pays sur cette manifestation morbide. *Il est hors de doute que le traitement général doit tout primer et occuper de beaucoup la première place dans la cure de la tuberculose laryngée, aussi bien que pulmonaire.* Soigner le terrain et arriver à le rendre réfractaire à la culture du bacille, tel doit être le but qu'il faut atteindre pour éviter sa diffusion.

Le traitement prophylactique qui devra surtout être appliqué aux tuberculeux des poumons, consistera en précautions hygiéniques. On proscrira chez eux l'usage du tabac ou la sédentarité dans les milieux où l'on fume. On leur évitera l'aspiration de poussières ou vapeurs irritantes (sulfureux, créosote, gaïacol, etc.); il devront même faire un usage modéré de la voix.

Lorsque l'infection a envahi la muqueuse vocale, quelle devra être la conduite du médecin? A mon sens, c'est toujours au traitement général qu'il faut donner la première place, en prescrivant et en faisant appliquer rigoureusement et soigneusement la cure d'air, de repos et de suralimentation. La cure d'air sera faite au début avec ménagement, c'est-à-dire que le malade devant dormir les fenêtres ouvertes, s'habituera peu à peu à ce nouveau régime, de manière à ne pas déterminer d'irritation vocale trop active, irri-

tation susceptible de donner un coup de fouet à sa tuberculose laryngée.

Quant aux cures de repos et de suralimentation, elles seront appliquées dans toute leur rigueur, et j'avoue avoir constaté des cas de guérisons de tuberculoses laryngée ulcéro-œdémateuse, sans qu'il ait été fait d'autre traitement que celui de l'état général recommandé aujourd'hui, et appliqué par les praticiens qui s'occupent de traiter les tuberculeux.

Ce n'est pas que je veuille nier l'influence du traitement local; s'il est appliqué avec mesure et avec discernement, il pourra nous aider à enrayer la marche des lésions et même à les guérir.

Le traitement local topique variera suivant les périodes et surtout suivant les formes de la maladie. Ici, plus que jamais, il faudra se rappeler qu'il n'y a pas un traitement vrai de la laryngite tuberculeuse applicable à tous les cas; tel topique qui convient à l'un à un moment donné, pourra, chez un autre malade, ou à une autre période, produire un résultat tout à fait différent. C'est au praticien à juger le moment opportun où il devra faire usage de telle ou telle médication qu'il modifiera ou supprimera, suivant les indications de chaque cas. Il aura à soigner des malades, et non une maladie à cycle déterminé.

A la période catarrhale, on fera usage, soit d'inhalations faites avec des principes volatils, tels que le baume du Pérou, la teinture d'eucalyptus, le goudron, le menthol. On pourra formuler la solution suivante :

Solution avec :

Menthol pulvérisé	2 à 5 grammes
Baume du Pérou.	4 à 10 »
Teinture d'eucalyptus	250 grammes

Mettre une cuillerée à café de ce mélange avec un demi-litre d'eau plus ou moins chaude, pour employer en inhalations matin et soir pendant cinq à dix minutes. Ces dernières devront être employées tièdes d'abord, pour habituer le malade aux vapeurs qui se dégageront de l'instrument; puis, de plus en plus chaudes, suivant la tolérance de chacun.

Les pulvérisations faites avec les différents pulvérisateurs à vapeur, répandus dans le commerce, pourront remplacer les inhalations. On fera usage d'acide phénique, d'acide borique, de ben-



Fig 119. — Pulvérisateur à vapeur, petit modèle.

zoate de soude (d'acide benzoïque de benjoin), de borate de soude ou tous autres médicaments analogues. Je recommanderai volontiers la formule suivante, dont je fais généralement usage :

Solution avec :

Acide phénique floconneux	0,60 centigrammes
Benzoate de soude, de benjoin	6 grammes
Teinture d'eucalyptus	10 «
Glycérine neutre	40 »
Eau distillée	450 »

Ou bien encore :

Benzoate de soude, de benjoin		6 grammes
Résorcine		4 »
Glycérine et eau de laurier-cerise	ÀÀ	30 »
Eau distillée		400 »

à employer trois ou quatre fois par jour, suivant l'intensité de la

phlegmasie, pendant cinq minutes chaque fois. A cette période, il est utile de toucher, tous les huit à dix jours environ, la muqueuse atteinte, soit d'érythème, soit d'érosions; avec des solutions de chlorure de zinc au 1/50e ou 1/60e, ou de nitrate d'argent au 1/50e, 1/30e, ou même au 1/20e. Il faudra surveiller attentivement le larynx et aussi l'effet produit par les cautérisations, pour les éloigner ou même les supprimer, si elles irritaient trop la muqueuse.

Lorsque l'affection est arrivée *à sa deuxième période*, qu'il existe un gonflement inflammatoire avec de l'œdème, des ulcérations mêmes, le traitement sera modifié suivant la manière d'être des altérations locales.

Dans les formes inflammatoires éréthiques, on se bornera à employer un traitement palliatif et antiphlogistique, tel que révulsifs extérieurs (vésicatoires ou pointes de feu sur les côtés du larynx), inhalations ou pulvérisations calmantes, d'après les formules que nous avons données plus haut, et surtout repos absolu de l'organe, souvent difficile à obtenir à cause de l'indocilité des malades.

Si les lésions occupent l'épiglotte ou la région postérieure, en un mot, si elles sont extra-laryngées, les gargarismes, ou mieux encore, les bains de gorge, pourront trouver leur emploi tout naturel. La solution suivante a le double avantage d'être calmante et antiseptique.

Solution avec :

Iode métallique.	} àâ	0.30 centigrammes
Iodure de potassium		
Acide phénique.		3 grammes
Laudanum de Sydenham		4 »
Glycérine neutre		150 »

Une cuillerée à café de ce liquide dans un verre d'eau tiède, pour employer en bain de gorge trois ou quatre fois par jour.

Si les malades trouvent le goût de ce gargarisme fade et désagréable, ou si on n'obtient pas un résultat appréciable, on prescrira la solution suivante :

Solution avec :

Acide phénique floconneux	3 grammes	
Bromure de potassium	} àà 5	»
Antipyrine		
Laudanum de Sydenham ou teinture d'Eucalyptus	5	»
Glycérine.	150	»

Mettre également une cuillerée de ce liquide par verre d'eau tiède, pour baigner la gorge chaque jour. Au besoin, on pourra

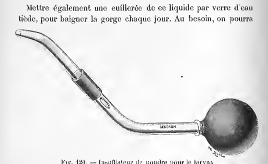


Fig. 120. — Insufflateur de poudre pour le larynx (modèle en verre du Dr Moure).

additionnerle topique précédent de 0,50 centigrammes à 1 gramme de chlorhydrate de cocaïne, ce qui le rendra plus analgésique.

Quant aux attouchements directs, il sera préférable d'y renoncer pendant la période inflammatoire. Ils sont, en général, trop irritants et mal supportés; tout au plus, pourra-t-on insuffler dans le larynx, soit un peu d'iodoforme finement pulvérisé, soit mieux encore, une pincée de la poudre suivante :

Poudre avec :

Chlorhydrate de cocaïne	0,50 centigrammes	
Menthol pulvérisé.	1 gramme	
Iodoforme ou diiodoforme . . .	} àà 5	»
Acide borique		

Cette insufflation sera faite une fois par jour ou tous les deux jours, suivant les cas. On pourrait même, ainsi que le recommandaient autrefois Moritz-Schmidt, Schiffers et Masseï, insuffler des solutions d'éther iodoformé, dans lequel on mettrait une certaine quantité de menthol, afin d'enlever à l'iodoforme cette odeur pénétrante et désagréable qui empêche certains malades de s'alimenter.



Fig. 121. — Lance-poudre en métal ou en caoutchouc durci.

Les instillations huileuses remplaceront d'autres fois, ou seront alternées avec la poudre précédente.

Solution avec :

Oléate de cocaïne	0,50 centigrammes
Gaïacol	1 gramme
Menthol	2 »
Huile de vaseline stérilisée	60 »

Dans les formes lentes et ulcéreuses, les inhalations et pulvérisations antiseptiques de la première période pourront encore être mises en usage; toutefois, il sera parfois utile, s'il existe de la dysphagie, de les modifier comme suit :

Solution avec :

Chlorhydrate de cocaïne . . .	0,25 centigr. à 1 gramme
Antipyrine	àà 4 grammes
Bromure de potassium . . .	(àà 4 grammes)
Glycérine.	40 »
Alcool de menthe .	10 »
Eau stérilisée.	450 »

A employer deux à trois fois par jour pendant cinq minutes

au maximum chaque fois, de la même manière que la formule ci-dessus.

La cocaïne pourra, suivant les cas, être remplacée soit par de l'acide phénique neigeux, soit par de la créosote de hêtre; mais j'avoue préférer de beaucoup le premier de ces topiques.

Il faudra également tâcher de favoriser la cicatrisation et la régression des points infiltrés. Mais, tandis que pour obtenir ce

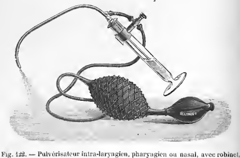


Fig. 122. — Pulvérisateur intra-laryngien, pharyngien ou nasal, avec robinet, du Llobett, servant pour la cocaïne, l'éther iodoformé et autres liquides.

résultat, certains spécialistes préconisent une médication locale très active, d'autres sont, au contraire, pour l'abstention, ou tout au moins le traitement doux. Les premiers recommandant successivement le nitrate d'argent, l'acide chromique (peu recommandable), la teinture d'iode, le chlorure de zinc à doses concentrées; les autres, au contraire, repoussent les caustiques, estimant avec raison, selon moi, qu'employés presque toujours à tort et à travers, ils risquent d'aggraver le mal au lieu de le guérir. Assez souvent, en effet, après des cautérisations répétées, une ulcération légère et superficielle se transforme en une vaste perte de substance, et s'accompagne d'une infiltration œdémateuse aiguë plus ou moins considérable.

Les astringents sont, en général, plus efficaces que les caustiques; c'est ainsi que le chlorure de zinc et le nitrate d'argent, en solutions faibles, pourront être appliqués dans le larynx, de temps à autre, suivant l'effet produit.

L'acide phénique, lui aussi, constitue un topique très utile.

M. Ruault avait conseillé autrefois (décembre 1889) de le dissoudre dans l'acide sulforicinique, neutralisé avec de la soude, produit qui avait l'avantage d'enlever à cet agent ses propriétés caustiques. Toutefois, j'ai fait remarquer depuis longtemps que la glycérine produisait exactement le même effet; or, ce dernier produit est beaucoup plus facile à se procurer, même à l'état pur; il n'est nullement toxique et il dissout l'acide phénique dans des proportions considérables. C'est un topique auquel je donne de beaucoup la préférence comme emploi général, dans la tuberculose laryngée. On peut en faire usage, suivant les cas, au 1/30e, au 1/20e, au 1/10e (dose ordinaire) ou 1/5e, même au 1/3e, si l'on désire produire des effets caustiques. Cette solution a aussi l'avantage d'être anesthésique, par conséquent très bien tolérée par les malades.

On peut encore se servir de solution de naphtol ou de salol au 1/10e ou 1/15e; toutefois, pour dissoudre ces deux derniers médicaments, il faut faire usage des sulforicinates de soude, recommandés autrefois par Ruault.

Ici, encore, trouveront place l'iodoforme et le diiodoforme employés en solutions éthérées ou émulsionnées dans la glycérine. Ces produits formeront à la surface des plaies laryngées comme une sorte de vernis. L'orthoforme (voir p. 428) constituera un utile succédané de l'iodoforme; il peut être employé de la même manière et dans les mêmes cas. La solution iodophéniquée, dont j'ai donné plus haut la formule, est également un excellent topique local.

Je ne parle pas des baumes du Pérou (Schnitzler), de térébenthine et autres topiques de ce genre, dont l'emploi ne s'est pas généralisé.

Traitement chirurgical. — Je ne puis terminer cette longue énumération des topiques à employer, sans parler de la médica-

tion proposée autrefois par Krause (de Berlin) et Hering (de Varsovie), qui ont mené, dans la Presse médicale, une longue campagne en faveur de ce traitement.

Ces auteurs ont conseillé de traiter chirurgicalement les surfaces ulcérées de la laryngite tuberculeuse, après avoir anesthésié le larynx à la cocaïne par l'application directe au tampon ou même injection sous-muqueuse (Piéniazeck). On curettait les ulcérations pour les déterger et les faire saigner, puis on appliquait sur les surfaces cruentées un badigeonnage énergique d'une solution d'acide lactique diluée d'abord au 1/4e, 1/3e, puis à moitié et même d'acide pur.

L'anesthésie sous-muqueuse était obtenue à l'aide de la solution suivante, recommandée par Hering :

Chlorhydrate de cocaïne	0,25 centigrammes
Solution phéniquée à 2 p. 100	2,50 gr.

Injecter trois ou quatre gouttes en un ou deux points, suivant le degré de l'anesthésie à produire. Toutefois, d'après ce que nous savons des injections sous-muqueuses de cocaïne, nous pensons que cette formule est peut-être un peu trop concentrée, et qu'il vaudrait mieux injecter un nombre de gouttes plus considérable, contenant moins de cocaïne.

Hering, l'un des principaux apôtres de la méthode, considérait que l'anesthésie préalable de la muqueuse était d'une importance très grande, avant de faire le curetage et l'application de l'acide lactique; c'est même, a dit cet auteur, à l'oubli de ces précautions préliminaires qu'il faut attribuer les insuccès opposés à cette méthode.

Cette thérapeutique a aujourd'hui suffisamment fait ses preuves, pour que nous sachions les résultats qu'il convient de lui attribuer dans la cure de la tuberculose laryngée. Il faut reconnaître que l'acide lactique est un topique excellent, mais un peu spasmogène; il mérite donc d'être employé avec une certaine réserve et quelques ménagements lors des premières applications. Il faut néanmoins avouer que les praticiens faisant exclusivement usage de cet agent, n'obtiennent pas un nombre de cures

plus considérable que les éclectiques qui savent varier leurs applications locales, et parfois même s'abstenir de toute intervention.



Fig. 123. — Série d'instruments laryngiens pouvant se monter sur le même manche.

O, manche à levier. — E, polypotome-guillotine, petit. — F, polypotome-guillotine, grand. — G, G', deux scarificateurs, pointu et mousse, sur une canule. — Pince à dents de souris. — A, pince à mors ordinaires. — B, pince agissant de haut en bas. — C, pince coupante. — J, pince emporte-pièce agissant de haut en bas. — K, L, deux pinces emporte-pièce agissant latéralement, grande et petite. — Deux pinces emporte-pièce antéro-postérieures, petite et grande. — D, N, deux paires de ciseaux laryngiens droits et courbes. — H, serre-nœud laryngien. — I, porte-caustique, en platine.

Je doute toujours de l'efficacité curative de tel ou tel médicament dans une affection aussi générale et aussi variable dans son évolution que la tuberculose. C'est, à mon sens, la réceptivité du

terrain qu'il faut modifier, plutôt que trop s'occuper de la lésion vocale, et sacrifier le malade pour tuer le bacille. Empêcher ce dernier de se reproduire, rendre le sujet réfractaire à son évolution, tel devra être l'idéal du traitement d'une infection qui envahit l'organisme tout entier. Prétendre, en s'attaquant à une seule manifestation, guérir la tuberculose, serait évidemment s'exposer à bien des déboires et bien des désillusions.

Je ne nie point l'efficacité du curetage et de l'acide lactique, en un mot du traitement préconisé par MM. Krause et Hering. Si l'on sait bien choisir ses cas, il est certainement susceptible de

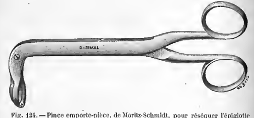


Fig. 124. — Pince emporte-pièce, de Moritz-Schmidt, pour réséquer l'épiglotte en partie ou en totalité.

donner d'excellents résultats ; malheureusement, pour employer des médications aussi énergiques, il faut avoir une expérience que tout le monde ne peut pas acquérir, aussi, pour éviter des accidents, mieux vaut-il, à mon sens, ne pas s'engager dans cette voie.

Moritz-Schmidt (de Francfort) avait également préconisé dans les formes infiltro-œdémateuses les scarifications faites avec des ciseaux spéciaux. Embrassant la partie postérieure de l'organe et la portion antérieure de l'œsophage entre les branches de l'instrument tranchant, il coupait franchement le tissu interposé, sans se préoccuper davantage de ce qui pouvait en résulter. Grâce à ce procédé, il aurait obtenu de bons résultats. C'est un procédé dont l'emploi ne s'est pas généralisé.

La trachéotomie érigée en mode de traitement tel que le voulait autrefois le Dr Beverley Robinson, afin de mettre le larynx à l'abri de causes d'irritation de toutes sortes (poussières, etc.), ne nous semble pas non plus devoir entrer dans la pratique, à cause de la mauvaise situation dans laquelle on place les poumons d'un malade qui se trouve obligé de respirer par sa canule. La trachéotomie reste donc un traitement destiné à parer à un danger d'asphyxie imminente, mais elle ne saurait constituer un moyen thérapeutique de cette affection.

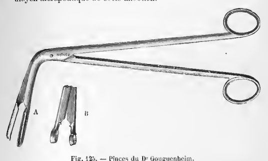


Fig. 125. — Pinces du Dr Gouguenheim.

A, pince à mors tranchants, agissant d'arrière en avant. — B, pince emporte-pièce, agissant d'avant en arrière.

Thyrotomie. — On a également conseillé dans les formes limitées de tuberculose du larynx, de pratiquer la thyrotomie (laryngo-fissure) afin de pouvoir cureter à fond les surfaces ulcérées et les cautériser énergiquement. Cette méthode, conseillée surtout par Goris, de Bruxelles, paraît avoir été à peu près abandonnée, même par son auteur.

Quoique nullement grave, la thyrotomie est néanmoins une opération qui place le tuberculeux dans un état de moindre résistance toujours préjudiciable chez un sujet de ce genre.

Je pourrais en dire autant de l'extirpation du larynx tentée

autrefois par des chirurgiens audacieux, peu soucieux de la vie de leurs malades. C'est là un traumatisme grave dont il ne saurait être question pour traiter même un tuberculeux condamné à mourir par le fait de sa lésion laryngée, car l'organe vocal n'est malheureusement pas seul atteint dans ce cas.

Je résumerai la thérapeutique de cette seconde période en disant :

Forme lente, à ulcérations limitées, coïncidant avec un état général relativement bon ; traitement local doux au début, tel que : attouchements au chlorure de zinc léger, ou mieux encore, à la glycérine phéniquée ou gaïcolée au dixième. Si les ulcérations résistent, curetage de ces dernières, applications de glycérine phéniquée au cinquième, au tiers, où, si on préfère, d'une solution plus ou moins concentrée d'acide lactique, après avoir anesthésié la muqueuse vocale avec la cocaïne adrénalisée.

Existe-t-il de l'œdème dans le voisinage ? œdème chronique, cela va sans dire : application locale de pointes de feu, au besoin résection de la muqueuse à la pince coupante de Gouguenheim ; trachéotomie même s'il se produit de la sténose respiratoire mettant la vie du malade en danger.

Forme polypoïde. — Si elle est combinée à la forme ulcéreuse, suivant que les bourgeons sont plus ou moins saillants ou volumineux, on doit les enlever soit avec la curette d'Hering, soit, mieux encore, avec la pince emporte-pièce de Ruault. Ces masses charnues sont généralement peu vasculaires. D'autre part, une fois cette ablation faite, après cocaïnisation et adrénalisation du larynx, cela va sans dire, on peut toucher les surfaces mises à nu avec des solutions plus ou moins concentrées de glycérine phéniquée, gaïacolée, ou d'acide lactique.

Solution pour anesthésier la muqueuse du larynx :

Chlorhydrate d'adrénaline a 1 p. 1000 .	1	gramme
Chlorhydrate de cocaïne.	1	»
Glycérine neutre	2	»
Eau stérilisée.	8	»

Dans d'autres cas, on donnera la préférence au galvano-cautère pour appliquer les pointes de feu sur les parties les plus saillantes et sur celles qui ne seront pas susceptibles d'être enlevées à la pince. Ruault conseille avec raison, de cocaïner d'abord ou d'adrénaliser (Moure), les fosses nasales des malades ne respirant pas très bien par cette voie, afin de rendre plus libre l'accès de l'air dans le larynx. On évitera ainsi le réflexe spasmodique qui suit parfois l'attouchement du larynx, le malade pouvant aussitôt reprendre haleine par le nez.

Troisième période. — Lorsque le malade est arrivé à cette période, caractérisée par les altérations diffuses et profondes qui forment le triste cortège symptomatique que j'ai indiqué plus haut, nous devenons impuissants à guérir, il faut nous borner à calmer les douleurs intolérables qui torturent les tuberculeux du larynx. Les pulvérisations calmantes bromo-morphinées, cocaïnisées et adrénalisées, les insufflations d'iodoforme, enfin tous les médicaments susceptibles d'adoucir les derniers moments des malheureux qui souffrent de la faim et du manque d'air, doivent être mis en usage.

Je recommande habituellement l'une des deux formules suivantes :

Pulvérisations avec :

Chlorhydrate de morphine . .	0,25 a 0,60 centigrammes
Chlorhydrate de cocaine . . .	0,50 centigr. à 1 gramme
Chlorhydrate d'adrénaline à 1 p.1000	2 a 5 grammes
Glycérine pure	àà 50 grammes
Eau de laurier-cerise	
Eau	400 »

A employer trois ou quatre fois par jour, pendant deux ou trois minutes (ne pas avaler), et ensuite se rincer la bouche avec un peu d'eau bouillie tiède, avant de manger. Suivant les cas, on peut ajouter à la formule précédente 3 ou 4 grammes de bromure de potassium ou mieux encore de benzoate de soude de benjoin ou même d'antipyrine.

Les pulvérisations devront être de courte durée, afin de ne pas

fatiguer le malade, la bouche sera largement ouverte et placée à 15 ou 20 centimètres de l'appareil afin de ne pas recevoir dans la gorge des vapeurs trop chaudes. Au besoin, l'emploi d'un petit ouvre-bouche annulaire évitera au malade la fatigue qu'il éprouve en tenant sa bouche ouverte.



Fig. 126. — Lance-poudre de Moritz-Schmidt, canule cristal s'adaptant sur une soufflerie.

De temps à autre, on insufflera dans le larynx, une pincée de la poudre ainsi formulée :

Menthol pulvérisé	1 gramme
Chlorhydrate de cocaïne	0,50 centigrammes
Chlorhydrate de morphine	0,15 à 0,30 »
Iodoforme pulvérisé	}àà 6 grammes
Acide borique pulvérisé	

Ou bien encore de la poudre d'orthoforme qui produit chez quelques malades des effets analgésiques assez marqués.

Poudre avec :

Orthoforme.	8 grammes
Sucre pulvérisé.	4 »
Chlorhydrate de cocaïne.	0,20 à 0,50 centigr

Les poudres seront d'autres fois remplacées par l'instillation de quelques gouttes de la solution avec :

Oléate de cocaïne	0,50 centigrammes
Chlorhydrate d'adrénaline à 1 p. 1000.	XV à XX gouttes
Gaïacol	0,25 centigrammes
Menthol pulvérisé	1 gramme
Huile de vaseline.	15 à 50 grammes

Au moment de s'alimenter, le malade pourra encore faire toucher l'entrée de son larynx avec une solution de cocaïne à un vingtième, avec ou sans addition d'acide phénique ou d'adrénaline. Il faudra,

bien entendu, tâter toujours la sensibilité de chaque tuberculeux avant d'arriver aux doses extrêmes de certains topiques tels que la cocaïne et la morphine, car il est possible que chez des malades sensibles et peu tolérants, on voie survenir de l'inappétence ou de la tendance aux lipothymies, après une pulvérisation contenant 20 à 25 centigrammes de cocaïne seulement; ce sont là des faits rares, mais il faut les connaître.

Je terminerai en rappelant qu'en général les médications locales, douces et lentes, parfois l'abstention raisonnée, sont encore, dans bien des cas, les meilleurs moyens d'arriver au but qu'on se propose : l'amélioration ou, même, la guérison de la tuberculose laryngée.

TUBERCULOSE MILIAIRE AIGUË

La tuberculose miliaire aiguë du larynx, véritable phtisie galopante de l'organe vocal, offre dans sa marche et dans sa manière d'être, des traits distinctifs, qui permettent d'en faire une description à part. Surtout étudiée autrefois par Isambert, sous le nom de tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée, cette affection a été très bien exposée plus tard par Barth dans son travail inaugural. Elle se distingue en général de la tuberculose vulgaire par l'existence de lésions bacillaires sur la muqueuse qui recouvre l'arrière-gorge (voile du palais, amygdales) le pharynx, la base de la langue et quelquefois même la région buccale ou labiale.

Étiologie. — La forme miliaire apparaît habituellement chez des tuberculeux arrivés à la période cachectique, ou dans quelques cas plus rares, au début de leur maladie thoracique. On l'observe à tout âge, mais plus particulièrement de 20 à 35 ans. C'est la forme ordinaire de la laryngite bacillaire infantile. Je l'ai également rencontrée chez des vieillards au-dessus de 70 et même de 75 ans.

Symptômes. — Les symptômes généraux font rarement défaut. La fièvre qui débute généralement avec l'infection locale ne

cesse guère qu'à la fin de la maladie ; elle présente des exacerbations irrégulières ; mais il n'est pas rare de voir la température se maintenir dans les environs de 39 degrés pour atteindre parfois 40 degrés ou même davantage. Aussi l'affaiblissement du malade est-il rapide et la situation générale d'autant plus grave que les lésions pulmonaires marchent de pair avec celles du larynx.

Le principal trouble fonctionnel est la douleur à la déglutition qui devient intense, au point d'empêcher complètement l'alimentation du malade. On peut affirmer qu'il n'existe aucune autre affection de l'arrière-gorge dans laquelle la dysphagie douloureuse atteigne une acuité aussi considérable et surtout aussi durable que dans la tuberculose miliaire de cette région.

La phonation la réveille ou l'exagère. Souvent même, contrairement à ce qu'on observe dans les tuberculoses torpides, les ganglions lympathiques peuvent être infiltrés et douloureux. Cette douleur se propage à l'oreille, et pendant l'acte de la déglutition on voit le malheureux patient faire de violents efforts et s'appuyer sur l'oreille douloureuse pour essayer d'atténuer un peu le mal qu'il éprouve pour avaler. La pression du larynx n'est sensible que dans les cas d'arthrites crico-aryténoïdiennes aiguës. Par contre, tout mouvement de la langue ou de l'arrière-gorge, réveille immédiatement les phénomènes douloureux. La respiration n'est gênée que s'il existe un gonflement inflammatoire considérable de la région glottique, mais ce symptôme n'a rien de caractéristique. La voix est habituellement sourde, aphone, la respiration courte, surtout après le moindre effort.

A *l'examen objectif*, on constate dans l'arrière-gorge d'abord, les signes caractéristiques de la tuberculose miliaire aiguë que nous avons déjà décrits. (Voir fig. 22.)

Sur la région postérieure, et on peut dire sur presque toute la muqueuse vocale, on constate une série de vastes cratères ulcéreux, superficiels, dont les bords sont ramollis, infiltrés, parsemés d'un petit semis de granulations jaunâtres, se perdant peu à peu dans la muqueuse saine.

Ces mêmes altérations se retrouvent disséminées sur toute la

surface du larynx, en particulier sur l'épiglotte qui est augmentée de volume et boursouflée, et sur ses replis qui sont également tuméfiés et muriformes.

Les lésions consistent au début en un semis de petites granulations jaunâtres plus ou moins disséminées sur les parties atteintes; puis, très rapidement, ces saillies se ramollissent, laissant après elles de légères exulcérations cupuliformes à bords rougeâtres, à fond grisâtre, qui bientôt se réunissent pour former de vastes plaies suppurantes à bords déchiquetés, irréguliers, mais assez superficiels. Ces ulcères, souvent nombreux, sont séparés les uns des autres par des parties de tissus pâles et infiltrés. La teinte générale de l'organe vocal est plutôt décolorée, à peine rosée, jaunâtre même plutôt que rouge et vermillonnée comme dans le cancer ou dans la syphilis. Il est habituel de retrouver sur les bords de l'ulcère ce semis jaunâtre qui a caractérisé le début de l'infection. Ordinairement, l'infiltration gagne la surface antérieure du larynx, en particulier les bandes ventriculaires, la muqueuse des cordes vocales et même la région sous-glottique.

Les pertes de substance du larynx se continuent habituellement avec celles de la base de la langue et de l'arrière-gorge (amygdales, voile), la paroi pharyngienne est moins souvent atteinte.

Marche. Durée. Terminaison. — Ce qui caractérise surtout cette forme de tuberculose laryngée, c'est sa marche rapide. Dans quelques cas rares et heureux, il peut se faire que la maladie s'arrête pendant quelque temps, passant peu à peu à la forme subaiguë; mais, dans la grande majorité des cas, le malade, épuisé par ses lésions pulmonaires, la fièvre, la dysphagie et la douleur, succombe à la généralisation de sa tuberculose et la cachexie qui en est la conséquence.

On peut encore observer cette tuberculose miliaire aiguë à la fin de la tuberculose ordinaire, ou bien après l'administration d'un traitement irritant. J'ai même eu l'occasion de voir des malades emportés par la lésion locale avant que la tuberculose pulmonaire ait eu le temps d'arriver à sa dernière phase. Toutefois, ces faits sont devenus plus rares depuis que l'on pratique plus régulière-

ment l'examen du larynx des tuberculeux et que l'on connaît mieux le traitement à leur appliquer.

Pronostic. — Ce que nous venons de dire de la tuberculose miliaire aiguë nous dispense d'insister longuement sur son pronostic qui est évidemment des plus graves. L'existence de la fièvre est toujours un symptôme fâcheux. Ruault pense même que les cas les plus graves sont ceux dans lesquels l'envahissement des poumons se produit à la suite de l'infection du larynx et de l'arrière-gorge.

Diagnostic. — Le diagnostic de la laryngite tuberculeuse à forme miliaire découle de l'exposé qui précède

La laryngite herpétique est une affection très aiguë et également très douloureuse, mais elle débute brusquement en pleine santé et sa durée est éphémère. Les vésicules sont moins nombreuses et entourées d'une auréole rouge, sans infiltration bien marquée de la muqueuse périphérique.

Traitement. — Le traitement est celui que nous avons préconisé pour combattre la tuberculose de l'arrière-gorge (voir p. 428). Plus que jamais, on emploiera les topiques calmants, susceptibles de diminuer la dysphagie douloureuse. Dans ce but, on s'abstiendra avec soin de toute médication substitutive ou irritante, telle que cautérisations énergiques, curetages et autres traitements de ce genre.

LUPUS DU LARYNX

Étiologie. — Il est incontestable que la première cause de la manifestation lupique du côté de l'organe vocal est la prédisposition du malade à subir les atteintes de cette tuberculose atténuée. La syphilis héréditaire transformée, altérant profondément l'organisme est susceptible de rendre le terrain propice à la culture lente des bacilles tuberculeux ; toutefois Fournier a démontré depuis longtemps que cette influence n'était pas absolument nécessaire.

D'une façon générale, on peut toujours admettre avec Homolle que c'est surtout dans l'adolescence qu'apparaissent les manifestations lupiques, aussi bien sur les muqueuses que sur la peau. Les faits observés au-dessus de 50 ans, ont été pendant bien des années considérés comme de véritables raretés. Je crois qu'il n'en est plus de même aujourd'hui et pour ma part, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de rencontrer le lupus isolé du larynx, même chez des sujets âgés. Encore récemment, j'ai pu en constater l'existence chez un homme de 72 ans, dont la lésion était assez localisée pour que l'hésitation sur la nature du mal fût permise.

Symptômes. — Dans quelques cas, l'habitus extérieur du malade offrant ce que l'on est convenu d'appeler le type scrofuleux, peut déjà mettre sur la voie du diagnostic. Ce sont en effet des sujets à joues proéminentes, à lèvres épaisses, porteurs d'engorgements ganglionnaires, parfois de lésions osseuses, d'engelures, d'écoulements d'oreille, de kératites, etc. Chez les malades atteints de manifestations lupiques du larynx, de l'arrière-gorge ou de la peau, on rencontre habituellement dans les fosses nasales une sorte de catarrhe purulent pseudo-atrophique, véritable catarrhe pré-bacillaire d'où peut partir le germe infectieux qui va s'inoculer, soit dans l'arrière-gorge, soit du côté de l'épiglotte, ou sur le reste de la muqueuse vocale.

Les troubles fonctionnels sont en général assez peu accusés, pour que le lupus du larynx puisse passer inaperçu pendant très longtemps, car le malade ne songe guère à consulter le médecin pour les troubles légers qu'il éprouve du côté de son arrière-gorge. C'est souvent à l'occasion d'une affection auriculaire, otite moyenne catarrhale, etc., d'une inflammation aiguë de la muqueuse pharyngée que l'on constate la manifestation lupique. D'autres fois, certains malades se plaignent d'une sensation de gêne plutôt que d'une véritable douleur. Lorsque cette dernière existe, elle résulte d'une poussée aiguë se faisant au niveau de l'altération préexistante.

La voix n'est altérée que si les lésions siègent dans le larynx, au niveau des cordes vocales ou de la région inter-aryténoïdienne;

elle sera alors, suivant les cas, enrouée, rauque, ou même éteinte, quelquefois éraillée, par suite du défaut d'action des rubans vocaux qui sont parésiés ou recouverts en partie par les bandes ventriculaires.

La toux n'offre rien de bien caractéristique; elle est même rare; c'est une sorte de raclement, un besoin de débarrasser sa gorge, qu'éprouve le malade plutôt qu'une véritable toux, à moins qu'il n'existe une affection concomitante des poumons.

La respiration n'est gênée que dans les formes hypertrophiques (Isabel); ces dernières entraînant une sténose qui se manifeste par du cornage, ou même des accès de suffocation tels, qu'il est nécessaire de pratiquer l'ouverture des voies aériennes.

La déglutition n'est troublée que s'il existe des lésions du côté du voile du palais ou de l'arrière-gorge; il est rare qu'elle soit douloureuse, même dans les cas de lupus épiglottique, sauf au moment où apparaissent des poussées aiguës; bien plus, chez les malades ayant complètement perdu leur épiglotte, le mouvement d'avaler des aliments solides et liquides se fait sans aucune difficulté. Ce fait prouve bien que le rôle de l'épiglotte dans la déglutition est plus secondaire que ne l'ont dit les physiologistes. Cet opercule ne semble pas avoir pour fonction de recouvrir l'orifice glottique lors du passage des aliments, mais bien plutôt de diriger les liquides dans les gouttières pharyngo-laryngées. C'est, très probablement à la base de la langue qu'est dévolue la fonction importante de protéger l'entrée des voies aériennes; puisque, au moment où elle se porte en arrière, pendant les premiers temps de la déglutition, elle rabat l'opercule glottique sur le larynx ou bien le remplace lorsqu'il a été détruit. S'il arrive chez les lupiques n'ayant plus d'épiglotte, que les aliments pénètrent dans la trachée, c'est plutôt par diminution de la sensibilité laryngée et par inertie des muscles, qui concourent à la déglutition, que par l'absence d'épiglotte que s'explique ce phénomène. Toutes les fois que la déglutition sera faite d'une façon normale et complète, on ne constatera pas de troubles de ce genre.

A l'examen laryngoscopique, le lupus se manifeste au début.

par une sorte de gonflement rougeâtre, véritable infiltration de la muqueuse, qui précède de peu de temps l'ulcération, ou tout au moins le bourgeonnement des parties atteintes. Lorsque le lupus est bien établi, on aperçoit des séries de mamelons rougeâtres ou plutôt rosés par places, ayant l'aspect verruqueux, inégal, parsemé de points grisâtres, dont la coloration et la saillie s'atténue sur les bords et presque sans transition bien nette, se confond avec la muqueuse saine.

Il peut arriver que ces mamelons se détruisent, laissant à leur place des ulcérations bourgeonnantes dans leur fond, atteignant le tissu cartilagineux qui est susceptible à son tour d'être atteint de périchondrite, puis de carie et de nécrose.

Généralement, les altérations lupiques débutent par l'épiglotte qui apparaît d'abord tuméfiée et bourgeonnante, puis comme rongée, pâle, rosée par places ; jaunâtre dans d'autres points où le fibro-cartilage est à nu. On aperçoit sur les bords de petites saillies irrégulières, véritables produits tuberculeux, lupiques, scléreux au toucher.

Assez souvent l'opercule glottique est complètement détruit, comme enlevé à l'emporte-pièce, laissant à sa place une surface rugueuse, épaisse, rosée ou jaunâtre au milieu. Les replis ary-épiglottiques, lorsqu'ils sont atteints, sont décolorés, inégaux, rugueux, recouverts de mamelons leur donnant un aspect granuleux particulier qui déforment singulièrement l'orifice glottique.

De même il n'est pas rare de trouver dans la région inter-aryténoïdienne cet état pseudo-polypeux pachydermique très prononcé dont j'ai déjà parlé (voir p. 400).

Les ulcérations, lorsqu'elles existent, ne sont pas, comme dans la tuberculose vulgaire, recouvertes d'exsudations abondantes ; elles ont au contraire une légère couche exsudative, presque croûteuse, jaunâtre, difficile à enlever. Ces pertes de substances occupent, soit la région inter-aryténoïdienne, où elles forment de vastes raghades, soit les replis ary-épiglottiques, les bandes ventriculaires ou les cordes vocales. Ces lésions présentent toujours l'aspect granuleux, rougeâtre, comme parsemé de petites saillies grisâtres ou gris jaunâtre. Les rubans vocaux peuvent être plus

ou moins rongés par le processus ulcéreux. Dans ces cas, l'organe est envahi dans sa totalité, il est pâle, mûriforme et plus ou moins déformé, suivant l'étendue et l'ancienneté des lésions. Dans ces formes de lupus laryngé aussi prononcées, on trouve presque toujours des manifestations analogues du côté des gencives, de l'arrière-gorge, des lèvres ou de la peau.

Anatomie pathologique — L'anatomie pathologique du lupus du larynx a été parfaitement établie par les histologistes ; je me bornerai à rappeler ici les lésions constatées par le Dr Brindel, sur un de mes malades; on verra qu'elles sont tout à fait caractéristiques de l'affection et qu'il s'agit bien, ainsi qu'on l'admet actuellement, d'un cas de tuberculose atténuée.

Les fragments examinés présentaient, à leur surface, des saillies papillaires visibles à l'œil nu. Ils ont été fixés à l'alcool, inclus à la paraffine, et colorés au picro-carmin.

A un faible grossissement on voit se dessiner à la périphérie de nombreuses saillies et dépression environnées d'épithélium. Nous examinerons successivement : 1° l'*épithélium ;* 2° le *tissu* muqueux ou masse du fragment.

1° L'épithélium forme une zone plus colorée que le reste de la coupe. Il est pavimenteux, stratifié, composé de nombreuses couches de cellules et donne lieu par places et dans la profondeur à de véritable papilles.

L'ensemble a une coloration uniforme; les cellules sont très vacuolaires et leurs noyaux peu ou pas colorés. Les couches externes, pavimenteuses, sont extrêmement minces et visibles seulement à un fort grossissement; plus profondément, on aperçoit un grand nombre de grosses cellules polyédriques, disposées sans ordre, constituant la masse de l'épithélium. La rangée la plus profonde, seule cylindrique, a des noyaux un peu plus apparents. Elle tranche peu sur le tissu sous-jacent.

2° La masse du fragment est formée, en certains endroits, par des zones circulaires arrondies, rosées, sortes de disques juxtaposés et séparés par des travées de tissu conjonctif assez épaisses.

Les disques sont eux-mêmes constitués par des mailles très

fines de tissu connectif à l'intérieur desquelles on voit, en grand nombre, des cellules nécrosées, sans noyau, et quelques leucocytes à noyau vivement coloré.

Au milieu du tissu de nécrose apparaissent, de-ci de-là, une ou plusieurs cellules géantes très facilement reconnaissables.

En d'autres endroits il n'y a plus formation de disques. Le tissu tout entier a un aspect nécrotique, uniformément rosé, parsemé de loin en loin par quelques cellules rondes.

Enfin certains points présentent au contraire une agglomération considérable de cellules rondes (nodules inflammatoires).

Les vaisseaux sont en petit nombre : les veines dilatées ont une paroi extrêmement mince et sont gorgées de sang. Les artères, plus rares, offrent par place des lésions d'endopériartérite.

D'autres coupes faites sur une épiglotte lupique nous ont permis de corroborer les résultats précédents. Sur une section transversale où le cartilage sépare, sur toute la longueur de la coupe, les faces laryngée et linguale de la muqueuse épiglottique, nous avons pu faire les constatations suivantes :

Une des faces a été respectée, l'autre seule est atteinte par le lupus.

Aucune modification dans la première, sauf un peu de congestion du tissu, abondance de leucocytes et endopériartérite. Epithélium normal, dermo-papillaire, avec noyaux très distincts et très colorés.

Sur la face atteinte, accroissement très manifeste de l'épaisseur de l'épithélium, mais les cellules qui le composent ont une teinte pâle, bleutée, à peine colorée, la plupart ont perdu leur noyau, sont vacuolaires et l'ensemble de la couche épithéliale se distingue à peine du tissu sous-jacent. Leucocytes excessivement abondants, masquant par endroits le reste du tissu, cellules géantes, zones arrondies de tissu nécrotique entourées de bandelettes de tissu fibreux.

Sur cette face le périchondre du cartilage a disparu par places et des cellules rondes ont fait invasion au milieu des cellules cartilagineuses dissociées.

L'examen bactériologique ne nous a permis de rencontrer, dans ces différentes coupes, que de très rares bacilles.

Pour nous résumer, il résulte de nos examens de lupus du larynx :

α) Que l'épithélium persiste, quoique altéré, à la surface de la muqueuse ;

β) Qu'il y a formation, au sein du tissu sous-muqueux, de disques nécrotiques environnés de tissu conjonctif lequel est destiné probablement à s'épaissir et à isoler entre eux les foyers infectés ;

γ) Que le cartilage est détruit par disparition du périchondre, dissociation des cellules et envahissement de leucocytes dans la substance hyaline ;

δ) Que la lésion s'étend de proche en proche, sans amener de grande réaction inflammatoire, puisqu'elle est capable de laisser indemne une des faces d'un organe aussi mince que l'épiglotte alors que l'autre face est profondément altérée (Brindel).

Marche. Durée. Terminaison. — Le lupus procède dans le larynx comme il le fait à la peau, par poussées successives. Souvent torpide, pendant plusieurs mois, il reprend de temps à autre une certaine virulence qui se manifeste par une marche plus aiguë des lésions qui le caractérisent. La durée de la maladie est en général fort longue ; seule l'apparition, assez rare du reste, des manifestations tuberculeuses aiguës peut venir précipiter la terminaison fatale.

Habituellement, on voit se prolonger pendant plusieurs années le lupus du larynx, qu'il soit isolé ou qu'il accompagne des lésions identiques de la bouche ou du tégument externe. J'ai suivi plusieurs malades porteurs de cette affection, pendant dix, quinze et même vingt ans, j'ai vu se produire chez eux des destructions très considérables des différentes parties qui composent l'organe vocal (leur gorge, leurs fosses nasales ou même leur nez) sans que pour cela la tuberculose se soit encore généralisée à leurs poumons. Quoi qu'il en soit, la terminaison de la maladie peut se produire de deux manières : par l'aggravation des lésions et une

tuberculisation générale (le fait paraît être assez rare) ou par une guérison temporaire ou définitive.

Lorsque la lésion guérit, il est habituel de constater sur les parties qui ont été ulcérées, des synéchies cicatricielles qui peuvent siéger entre les cordes vocales, les replis ary-épiglottiques, ou bien encore entre la base de la langue et l'épiglotte. D'une manière générale, elles sont susceptibles de laisser après elles de véritables laryngo ou pharyngo-sténoses plus ou moins sérieuses.

De telles adhérences sont habituellement graves, parce qu'elles peuvent exiger des opérations qui ne sont pas toujours, malheureusement, couronnées de succès.

Dans les cas les plus favorables, la guérison s'accomplit avant que la maladie ait fait de trop grands ravages et par conséquent sans laisser de trop grands désordres après elle.

Diagnostic. — Le diagnostic de lupus du larynx doit être fait avec les laryngites tuberculeuses chroniques. Dans cette forme de tuberculose laryngée, on rencontre en effet des végétations polypoïdes siégeant au niveau de l'espace inter-aryténoïdien, on observe des érosions hyperplasiques, mais ce que l'on rencontre surtout ce sont des infiltrations œdémateuses, lisses, unies, gélatiniformes, n'ayant pas cet aspect granuleux que nous avons décrit à propos du lupus ; du reste une confusion de ce genre ne serait pas bien grave, et j'ajouterai même que certaines tuberculoses à évolution chronique sont de tous points comparables au lupus de cette région.

L'embarras est un peu plus considérable lorsqu'il s'agit de faire la différence entre la syphilis et le lupus.

L'existence d'altérations lupiques du côté de l'arrière-gorge, à plus forte raison de la peau, sera un élément de diagnostic extrêmement important, dont il faudra savoir tenir compte.

Lorsque le lupus sera primitif, on le différenciera de la syphilis secondaire par l'existence de la roséole. On se rappellera que dans la syphilis tertiaire la muqueuse laryngée est rouge, congestionnée, d'aspect lisse, uni, et non granuleuse comme dans le

lupus. Les ulcérations de la syphilis sont profondes, taillées à pic, suivant l'expression consacrée par l'usage, cratériformes, à fond grisâtre, suppurantes, serpigineuses, bien délimitées des parties qui les environnent, ce qui n'existe pas dans le lupus.

La marche de la syphilis est envahissante, elle évolue en l'espace de quelques mois, si le traitement spécifique ne vient pas l'enrayer dans sa marche. La lenteur de l'évolution est au contraire la caractéristique du lupus.

La lèpre du larynx pourrait peut-être en imposer pour le lupus, mais outre que cette lésion est très rare, on peut même dire exceptionnelle dans nos pays, la lèpre se manifeste par d'autres troubles du côté de la peau, qui ne permettent guère d'hésiter à son égard.

Dans mes *Leçons* sur les maladies du larynx, j'avais peu insisté sur le diagnostic différentiel du lupus et du cancer pensant que ces deux altérations morbides offraient des signes si nets et si caractéristiques qu'il était impossible de les confondre l'une avec l'autre. Aujourd'hui que mon expérience a augmenté, mon opinion s'est un peu modifiée à cet égard. Tout récemment encore, à propos du malade dont j'ai parlé plus haut (voir p. 433), j'avoue que le diagnostic différentiel n'était pas aisé à faire entre un épithélioma à la période de début ou un lupus du larynx ; seul l'examen histologique m'a permis de trancher la question, alors que, l'âge du malade, l'expectoration de filets sanguins dont il s'était plaint, ainsi que la douleur qu'il éprouvait, m'avaient fait, tout d'abord, songer à une dégénérescence épithéliale.

En effet, dans les cas très limités de lupus du larynx, c'est à l'examen histologique qu'il faudra recourir pour élucider définitivement la question, car l'examen objectif ne serait pas toujours suffisant pour permettre d'établir le diagnostic différentiel entre ces deux altérations morbides. Je parle, cela va sans dire, des petits épithéliomas épiglottiques, tout à fait à la période du début, épithéliomas à marche lente, comme on en observe chez les vieillards. Par contre, si nous envisageons le cancer des cordes vocales ou la tumeur maligne arrivée à la période bourgeonnante avec l'infiltration périphérique qui l'accompagne, il est certain

que le diagnostic entre ces deux manifestations morbides ne saurait être hésitant.

Pronostic. — Le pronostic du lupus laryngé est ordinairement bénin si le terrain n'est pas infecté et surtout si le traitement est appliqué de bonne heure. Lorsqu'on intervient un peu tard on aura à redouter les sténoses cicatricielles. Ce sont surtout les adhérences de toutes sortes, susceptibles de s'accompagner de désordres graves, qui donnent au lupus du larynx un certain degré de gravité. A moins que le sujet, par suite de circonstances variées, surmenage, traitements irritants, etc., ne devienne un terrain propice à l'évolution des bacilles tuberculeux, la lésion lupique n'a aucune tendance à se généraliser, et les malades arrivent très bien à guérir de leurs lésions lupiques.

Traitement, — Le traitement doit être à la fois général et local. On prescrira d'abord l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer, l'iodure de potassium ou même la teinture d'iode et les vins iodés. En même temps on fera suivre au malade une hygiène sévère, en rapport avec son état général.



Fig. 127. — Scarificateur à lame cachée.

Localement, on pratiquera les attouchements avec des liquides caustiques, ou simplement irritants ; la glycérine iodo iodurée (voir p. 417) ou simplement phéniquée, l'acide lactique pur ou en solution, pourront indifféremment trouver leur emploi.

C'est dans ces formes surtout qu'il convient d'appliquer avec précaution, le traitement chirurgical tel que le raclage, les scari-

fications et surtout l'ablation des parties lupiques, à la pince coupante ou à la curette. Souvent même il faudra combiner ces différents moyens d'action pour supprimer tout le tissu envahi et par conséquent permettre à la lésion de se cicatriser.

Le galvano-cautère est également un excellent moyen pour terminer la cure et réduire les néoplasies ou les infiltrations diffuses, qui n'auront pu être enlevées par la curette ou la pince coupante. Inutile d'ajouter que ces diverses manœuvres seront

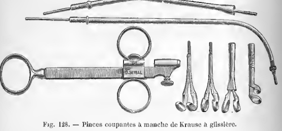


Fig. 128. — Pinces coupantes à manche de Krause à glissière.

faites après cocaïnisation et adrénalisation de la muqueuse vocale, d'après le procédé classique.

Comme adjuvant du traitement local fait par le médecin, on pourra prescrire les pulvérisations astringentes, d'après les formules que j'ai données à propos du traitement de la tuberculose laryngée dans la première ou la deuxième période.

Enfin le traitement hydro-minéral salin, sulfureux ou arsenical agira comme excitant ou comme modificateur suivant les besoins de chaque cas. Ce sera très souvent un excellent moyen pour obtenir la cure définitive du malade. Une fois le malade guéri en apparence, on ne devra pas l'abandonner à lui-même, on l'examinera encore de temps à autre, afin de s'assurer que la cicatrisation reste parfaite et qu'il ne survient pas de récidives. C'est particulièrement au printemps et à l'automne qu'il faudra revoir

les lupiques, car c'est l'époque où se font précisément les poussées aiguës, et les manifestations bacillaires du côté de l'organe vocal.

LÈPRE DU LARYNX

La lèpre est une affection assez rare en France; on la rencontre plus particulièrement dans les léproseries de Séville, San-Remo, Molde, Berghem, et principalement à Trondjheim, dans le village de Reitjerdel, où se trouve l'hôpital.

C'est surtout à Schrötter, Elsberg, Masini, Thin, Ramon de la Sota et Morell-Mackenzie, que nous sommes redevables des connaissances que nous possédons sur les manifestations de la lèpre dans l'organe vocal. Cette altération n'est, du reste, qu'un phénomène partiel de la lèpre générale, et reconnaît les mêmes causes.

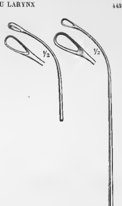


Fig. 129. — Curettes laryngiennes du Dr Moure.

Symptômes. — A. *Fonctionnels.* — Ils varient suivant les parties atteintes; la sensibilité est diminuée, souvent même abolie ou normale; si l'épiglotte est atteinte, la phonation ne sera pas altérée; tandis

que, si les lésions portent sur les bandes ventriculaires, les replis ary-épiglottiques et les cordes elles-mêmes, il existera des modifications vocales qui, d'après Morell-Mackenzie, n'apparaîtraient guère que de deux à onze ans, après le début de la lèpre. La voix devient rauque, nasonnée ou nasillarde, par lésion concomitante du voile du palais et des fosses nasales; puis elle prend le timbre étouffé, et même tout à fait éteint, à la dernière période de la maladie.

Les troubles respiratoires sont également en rapport avec le degré de tuméfaction de la région glottique et l'intensité de la sténose inflammatoire causée par la lésion locale. La toux est généralement nulle, car la sécrétion laryngée est plutôt diminuée par suite de la disparition du tissu glandulaire. En résumé, les troubles fonctionnels sont très peu marqués, et n'offrent rien de caractéristique.

A l'examen *laryngoscopique*, ainsi que l'a établi depuis déjà longtemps le docteur Masini, on peut considérer trois périodes distinctes de la lèpre laryngée : *La première période, érythémateuse,* est caractérisée par une simple rougeur, un simple catarrhe chronique, avec une vascularisation prononcée de la muqueuse vocale.

A la seconde période, ou *d'infiltration*, on constate l'existence de petites nodosités papillaires, souvent disséminées dans le larynx, généralement discrètes, ressemblant, d'après Virchow, aux papules syphilitiques,

Il peut arriver que ces altérations morbides se groupent d'une façon si intime, que la muqueuse paraît comme infiltrée et épaissie; ces différentes altérations ont quelquefois une teinte jaunâtre, un peu plus pâle que les parties saines de la muqueuse; elles offrent presque toujours des zones d'anesthésie assez prononcées à leur niveau, et même un peu autour d'elles. Dans d'autres cas, c'est plutôt le gonflement inflammatoire, l'infiltration qui prédomine, tandis que les tubercules, assez rares, sont difficiles à apercevoir.

On peut même constater à cette période un certain degré de parésie musculaire qui occasionne des troubles de la phonation

et de la respiration. Dans le cours de cette phase hypertrophique, les masses lépreuses peuvent ressembler à de petites excroissances occupant les replis ary-épiglottiques (Elsberg) ou l'épiglotte tout entière, que j'ai vu parfois ressembler à la coque extérieure d'une châtaigne, avec toutes les saillies qui lui donnent l'aspect hérissé que tout le monde connaît.

La *troisième période* est caractérisée par l'existence d'ulcérations et de nécrose (Gibb, Morell-Mackenzie). Ces altérations morbides surviennent par fonte des nodosités de la période précédente. Il se produit alors des pertes de substances des cartilages; c'est ainsi que l'opercule glottique peut disparaître; de même, on voit se former des adhérences entre les différentes portions du larynx et la base de la langue. A cette phase de la maladie, on observe même des poussées d'œdème aigu qui, au dire de Kaurin et de Molde, ne seraient pas très rares. Il est de règle de voir alors les malades succomber rapidement aux progrès de l'asphyxie, si l'on n'intervient pas chirurgicalement pour parer à la gêne respiratoire.

Habituellement, on retrouve des manifestations de la lèpre sur la luette, le voile du palais, souvent même le pharynx et les fosses nasales. Du reste, lorsque l'affection est arrivée à cette troisième étape, les symptômes sont tellement caractéristiques, que leur diagnostic s'impose à l'observateur.

Anatomie pathologique. — La lèpre du larynx ne diffère pas de celle des autres organes. Ainsi qu'il résulte des études faites par Virchow sur ce sujet, les nodosités renferment de nombreuses cellules de tissu conjonctif intimement réunies et contenant entre elles des noyaux libres; noyaux et cellules paraissent être groupés autour des vaisseaux sanguins et des glandes. Le gonflement de la muqueuse résulte surtout de son infiltration par les éléments lépreux, et de l'hyperplasie du tissu conjonctif. Généralement, l'épithélium est sain, sauf dans les points ulcérés, et le cartilage presque toujours normal. Ainsi que l'ont démontré MM. Masini et Thin, le point caractéristique de la lésion est la présence de cellules rondes, analogues aux corpuscules sanguines,

cellules contenant un ou plusieurs bacilles de la lèpre. Presque toujours, le tissu glandulaire disparaît à peu près en totalité.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche de la lèpre est généralement lente, c'est ainsi qu'elle met souvent plusieurs années avant de passer de la première à la seconde ou à la troisième période ; mais, il est rare qu'elle soit enrayée dans sa marche, malgré le traitement le plus régulièrement suivi et le mieux appliqué.

Pronostic. — Il est toujours grave ; toutefois, si l'affection a une tendance à persister dans les points où elle s'est montrée, il peut se faire que sa présence ne détermine aucun trouble sérieux compromettant l'existence du malade, au moins pendant plusieurs années.

Par contre, lorsque la lèpre est arrivée à la période de tuméfaction, et à plus forte raison d'ulcération, le pronostic est à peu près fatal.

Diagnostic. — Il est, en général, facilité par la raison fort simple que la lèpre du larynx est toujours précédée de manifestations cutanées. Virchow a néanmoins prétendu qu'il pouvait exister une certaine ressemblance entre les altérations lépreuses du larynx, celles de la syphilis et même du lupus ; mais, dans les cas où l'on aurait des doutes à cet égard, il suffirait d'enlever un morceau du tissu malade, de l'examiner au microscope, pour établir immédiatement le diagnostic précis de l'affection.

Traitement. — On peut dire qu'il est difficile à appliquer, car il est souvent infructueux ; le meilleur consiste en soins hygiéniques et prophylactiques ; il est nécessaire d'isoler les lépreux, afin d'éviter la contagion de leur entourage.

Localement, on peut faire des attouchements à l'acide lactique, des pulvérisations, des curettages du larynx, même pendant qu'on administrera à l'intérieur les divers médicaments préconisés contre cette terrible maladie. La plupart du temps, on devra se borner à traiter les complications qui pourraient se produire, et à pratiquer la trachéotomie s'il y avait menace de suffocation.

AFFECTIONS NEURO-MUSCULAIRES DU LARYNX

On divise les affections nerveuses du larynx en deux classes principales qui sont les névroses de la sensibilité et celles du mouvement.

Dans le premier groupe on distingue l'anesthésie, l'hyperesthésie, la paresthésie et la névralgie. La seconde classe comprend les parésies ou paralysies et les spasmes.

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ

Anesthésie — Ce trouble fonctionnel s'observe le plus souvent dans l'hystérie. Il se traduit alors par des zones plus ou moins limitées d'insensibilité occupant la muqueuse du larynx et même celle de la trachée. Comme l'ont établi depuis longtemps MM. Chairou et Thaon, l'anesthésie névropathique est très fréquente sur l'épiglotte; elle n'est pas rare sur le reste de la muqueuse vocale. Dans les cas types on peut titiller les parois du larynx, de l'arrière-gorge et du voile du palais, sans produire le moindre réflexe. On rencontre également cette perte de la sensibilité chez des malades fortement impressionnés par de vives émotions. Chez une femme porteur d'un corps étranger des bronches, j'ai pu lorsque ce dernier remontait dans le larynx, à la suite d'efforts de toux, aller l'enlever, sans avoir besoin d'employer la cocaïne.

Dans la narcose profonde, l'anesthésie est la règle. On a encore signalé l'existence de ce symptôme chez certains malades atteints de compression récurrentielle (Ziemssen), toutefois la plupart du temps la muqueuse a conservé sa sensibilité normale, à moins que le nerf laryngé supérieur ne soit intéressé.

La perte ou la diminution notable de la sensibilité s'observe encore dans certaines infections graves (choléra (Romberg), diphtérie).

L'anesthésie de la muqueuse vocale n'est pas très rare dans

les affections centrales, surtout dans les lésions bulbaires et la paralysie générale. C'est chez certains déments, la cause de la pénétration du bol alimentaire ou de corps étrangers dans l'intérieur des voies aériennes, au moment de la déglutition.

Elle existe également chez quelques épileptiques pendant les crises, et peut se continuer quelque temps après.

L'hémianesthésie peut encore s'observer au cours des hémiplégies laryngées d'origine centrale. Schnitzler a signalé un cas dans lequel il y avait en même temps de l'hyperalgésie, ou anesthésie douloureuse du larynx.

Symptômes. — Souvent ils sont très peu marqués. Toutefois, dans les formes d'origine centrale, il existe également de la dysphagie, par suite de la perte de la sensibilité motrice des muscles constricteurs du pharynx. Dès lors les malades avalent de travers les aliments demi-liquides et ces derniers pénètrent dans les voies aériennes où ils provoquent en général des quintes de toux à forme spasmodique. Il est infiniment probable que la pénétration des parcelles alimentaires dans la trachée est plutôt la conséquence d'une paralysie concomitante des muscles dépresseurs de l'épiglotte, d'un mouvement incomplet de déglutition, que de l'anesthésie de la région supérieure du vestibule laryngien.

Habituellement, les malades atteints de ces troubles de la sensibilité se plaignent d'une sensation de corps étranger que l'on peut reproduire artificiellement en badigeonnant la muqueuse avec une solution de cocaïne au 1/10. Les régions ainsi anesthésiées font alors l'office de véritables corps étrangers pour les parties voisines restées encore sensibles.

Ainsi s'expliquent les sensations de boule ou de resserrement éprouvées par certains hystériques ayant la muqueuse du larynx insensible.

L'anesthésie peut être unie ou bilatérale, rarement elle est localisée à un côté. C'est par l'emploi de la sonde promenée sur divers points de la muqueuse, que l'on arrive à constater son degré et son siège exact. Presque toujours, le malade perçoit encore les sensations de froid et de chaud et l'on pourrait consi-

dérer comme l'indice d'un trouble nerveux profond, l'abolition de cette perception spéciale.

L'examen de la sensibilité peut à la rigueur être fait avec le doigt plongé sur la base de la langue pour titiller le vestibule du larynx.

L'examen laryngoscopique ne révèle l'existence d'aucune lésion apparente.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche de ce trouble fonctionnel est variable, ainsi que sa durée, car il dépend de la cause qui lui a donné naissance. L'anesthésie d'origine bulbaire est ordinairement progressive et le pronostic est grave. Si elle est consécutive à la diphtérie, elle disparaît avec les autres symptômes de l'intoxication.

Dans la tuberculose, les anesthésies de la dernière période, dues à des compressions ou aux dégénérescences des nerfs laryngés, n'ont aucune tendance à guérir. Lorsque la compression a été d'assez courte durée pour que les nerfs moteurs ou sensitifs n'aient pu subir de travail de dégénérescence, le retour de la sensibilité *ad integrum* peut encore être observé.

Enfin, dans l'hystérie, il est habituel de voir l'anesthésie se déplacer pour occuper soit des parties localisées du larynx, soit d'autres régions du corps. Dans ces cas, la marche est essentiellement variable, comme tous les troubles occasionnés par cette névrose.

Diagnostic. — Certaines lésions des centres nerveux débutent par une analgésie, ou même une perte totale de la sensibilité de la muqueuse laryngée ; on doit toujours tenir pour suspects, à ce point de vue, les malades chez lesquels les aliments ont des tendances marquées à pénétrer dans les voies aériennes, à moins que l'on n'ait constaté chez eux des causes périphériques bien nettes, expliquant l'apparition de ce symptôme.

Les antécédents du malade pourront également aider à reconnaître la nature des troubles sensitifs. A la rigueur, un courant électrique porté dans le larynx, fournira des notions précises sur la nature et l'intensité de la diminution de la sensibilité.

Pronostic. — Le pronostic est absolument variable, il dépend de la cause qui produit l'apparition de ce symptôme. Le danger vient surtout de la pénétration possible de bols alimentaires dans les voies aériennes. Dans les cas de lésions bulbaires ou cérébrales, le pronostic est toujours sérieux ; on a pu voir l'alimentation devenir complètement impossible et exiger chez quelques malades l'emploi constant de la sonde œsophagienne.

Traitement. — Il devra d'abord s'adresser aux causes générales qui ont déterminé la perturbation fonctionnelle. Dans les cas de diphtérie, on aura recours aux toniques et à l'électrisation appliquée sous la forme de courants faradiques (un pôle à la nuque, l'autre sur la région externe du larynx ou dans le larynx même). Massei et Morell-Mackenzie se sont servi avec succès de courants continus dont les deux pôles étaient appliqués sur la muqueuse vocale. Dans ces cas, il ne faut pas laisser trop longtemps les électrodes sur un même point pour éviter la formation d'escarres. La force du courant doit être assez considérable pour produire une sensation désagréable, mais non de la douleur. Dans l'hystérie, le souffle électrique et l'électricité sous toutes ses formes (bains, machine statique, etc...) pourront donner de bons résultats.

La strychnine administrée à doses graduées, de 5 à 6 et même 8 milligrammes par jour, d'après la tolérance du malade, est un excellent moyen pour agir dans les formes d'anesthésies névropathiques.

Dans les cas graves, d'origine centrale, accompagnés de difficultés à la déglutition, on doit parfois recourir à la sonde œsophagienne pour nourrir le patient ; c'est le seul moyen d'attendre que la marche progressive du mal vienne mettre un terme aux souffrances du malade.

Hyperesthésie. — Il est difficile d'assigner à l'hypéresthésie du larynx des limites précises, car la sensibilité particulière de la muqueuse vocale varie avec les différents sujets. Toutefois il n'est pas douteux, ainsi que l'ont déjà fait remarquer surtout Jurasz, Gottstein et quelques autres auteurs, que l'hyperesthésie de l'ar-

rière-gorge en général et quelquefois du larynx, est extrêmement prononcée chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire, alors qu'ils n'ont encore aucune espèce d'altération de la muqueuse vocale. De même ce trouble sensitif s'observe assez souvent dans certaines inflammations graves de l'épiglotte, des replis ary-épiglottiques ou de la région inter-aryténoïdienne. On rencontre aussi ce symptôme dans l'hystérie où il se combine à la paresthésie ou à la névralgie; l'hyperesthésie est enfin commune au moment de la dentition, de la menstruation ou de la grossesse.

Symptomes. — L'exagération de la sensibilité laryngée peut être localisée ou diffuse ; dans le premier cas les malades se plaignent de ressentir des points douloureux, tels que des sensations de piqûres, de pointes ou d'épingles. Ordinairement cette douleur est calmée par la déglutition des aliments pour ne reparaître que quelques heures après le repas.

D'autres fois l'hyperesthésie est diffuse; les malades accusent à l'entrée de leurs voies aériennes une sorte de brûlure, de resserrement, de déchirure ou de tiraillement; quelques-uns même refusent de parler; ils ont ce que Thaon a appelé la phonophobie, tout en éprouvant le besoin de racler constamment leur gorge et leur larynx.

A l'inspection directe, on ne trouve rien de spécial, la muqueuse apparaît complètement normale.

Pronostic. — L'affection est le plus souvent opiniâtre et sujette à de fréquentes récidives ; de plus, les malades atteints de cette perversion de la sensibilité se préoccupent outre mesure de ce symptôme dont ils exagèrent habituellement l'importance. Cependant, sauf les cas où l'exagération de la sensibilité est le prélude de la tuberculose, le pronostic est bénin.

Traitement. — Lorsque l'hyperesthésie est la conséquence d'une inflammation quelconque de la muqueuse laryngée, le traitement tout indiqué, est celui de l'irritation locale constatée. Au contraire, lorsque l'organe vocal est sain, c'est surtout à l'état général qu'il faut s'adresser. Dans ce but on prescrira l'hy-

drothérapie (douches ou bains suivant les cas), le séjour dans les stations thermales dites calmantes. Les différents bromures l'antipyrine et les préparations de valériane, administrés à l'intérieur ont également donné de bons résultats. Comme topiques locaux, les solutions cocaïnées sont tout indiquées.

Le froid *intus* et *extra*, ou la chaleur humide sous forme de compresses souvent renouvelées, sont encore d'excellents moyens thérapeutiques dans ces cas. On conçoit du reste que le traitement variera d'après chaque malade, la forme et l'intensité d'hyperesthésie qu'il présentera.

Névralgie — L'hyperesthésie laryngée revêt parfois la forme de foyers douloureux limités à une partie du larynx, se présentan sous forme de crises; on peut la considérer comme une véritable névralgie.

On regarde cette sorte de névrose comme assez rare dans l'organe vocal. D'après Ruault, elle serait plus fréquente chez les femmes que chez les hommes; c'est souvent chez les sujets neuro-arthritiques qu'on aurait l'occasion de l'observer. Lennox-Browne, par contre, accuse l'anémie et la tuberculose au début.

Les névralgies surviennent également à titre de réflexes à la suite d'affections localisées dans le naso-pharynx, le pharynx ou l'arrière-gorge.

Symptomes. — La névralgie laryngée se manifeste par une série de douleurs lancinantes, revenant par accès. Les phénomènes douloureux sont habituellement localisés au niveau de la grande corne de l'os hyoïde; de là ils s'irradient vers l'oreille ou même vers la partie inférieure de l'arbre aérien. L'action de parler, et d'une façon générale toute fatigue de l'organe vocal suffit pour déterminer l'apparition des symptômes douloureux.

Diagnostic. — Le diagnostic doit être fait d'avec les névralgies d'origine dentaire, les otalgies et d'une façon générale d'avec toutes les affections inflammatoires de l'arrière-gorge et de la base de la langue. Il sera même bon d'examiner les fosses nasales

dont l'irritation peut, chez les sujets susceptibles, devenir le point de départ de névralgies laryngées ou autres.

Traitement. — Le traitement est à peu près le même que celui dont j'ai parlé plus haut, à propos de l'hyperesthésie. L'antipyrine ou l'exalgine, la phénacétine, la quinine, l'aconitine même, en un mot les différents médicaments employés contre les névralgies en général, pourront trouver ici leurs applications.

Le froid appliqué sous la forme de stypage, à l'aide de chlorure de méthyle ou de préférence les compresses chaudes, pourront aider à calmer les douleurs.

Paresthésie. — La paresthésie du larynx paraît avoir pour origine principale l'hystérie ; on la rencontre aussi chez les hypochondriaques, les neurasthéniques et les syphiliphobes qui redoutent constamment d'avoir des manifestations du côté de leur gorge.

D'après Lennox-Browne et Gottstein, ce symptôme serait l'indice d'une tuberbulose sur le point d'évoluer.

On l'observe encore chez les malades ayant été porteurs de corps étrangers, ou chez ceux qui font un usage immodéré de leur voix.

Elle n'est pas très rare dans les lésions nasales ou naso-pharyngiennes, et d'après Paul Koch, on peut constater son existence chez les malades porteurs de petites tumeurs laryngées.

Symptomes.—La paresthésie se traduit surtout par une sensation de corps étranger; le malade croit avoir dans son larynx une pointe, une arête ou un os ; parfois même il éprouve une sensation de constriction comme si on lui serrait fortement la gorge jusqu'à l'étouffer.

Ce qui distingue la paresthésie de la névralgie, c'est qu'elle disparaît au moment de l'acte de la déglutition pendant tout le temps que le malade s'alimente et même une ou deux heures après le repas, pour revenir ensuite aussi intense qu'auparavant. Cette disparition momentanée de la sensation douloureuse constitue à mon sens un excellent signe de diagnostic, sur lequel j'insiste d'une façon toute spéciale parce que je lui attribue une grande valeur.

A l'examen laryngoscopique, on ne constate l'existence d'aucun symptôme, la muqueuse apparaît la plupart du temps tout à fait normale, aussi bien du côté de l'arrière-gorge et de la base de la langue que du larynx.

Marche. Durée. Terminaison. — Des trois formes de névrose que je viens d'étudier, la paresthésie est la plus rebelle ; elle est souvent combinée avec l'anesthésie.

Sa durée dépend de la maladie dont elle est la manifestation.

Diagnostic. — On ne saurait confondre ce trouble fonctionnel avec la douleur causée par la présence d'un corps étranger du larynx, car non seulement l'examen laryngoscopique, mais encore la série des manifestations observées dans ces cas, ne permettent aucune hésitation à cet égard.

On doit rechercher surtout s'il existe des causes générales (tuberculose, anémie, hystérie) ou des lésions locales chroniques de la base de la langue, du pharynx ou des fosses nasales, capables d'expliquer l'existence du symptôme paresthésique.

Chez les neurasthéniques qui se croient atteints de lésions graves telles que tuberculose, cancer, syphilis, etc., l'existence même de ce trouble de la sensibilité laryngée sert à établir le diagnostic de la névrose générale.

Pronostic. — Il varie d'après les causes de l'affection. Habituellement il est bénin, parce qu'il est rare de voir le perversion sensorielle résister à un traitement général et local bien conduit. Néanmoins, ce trouble est sujet à reparaître sous l'influence de la moindre émotion ou des causes qui ont déterminé son apparition première.

Traitement. — Il devra s'adresser d'abord à l'état général et variera suivant que la paresthésie sera accompagnée de diminution ou d'exagération de la sensibilité laryngée. Dans le premier cas, on aura surtout recours aux toniques généraux, arsenic, kola, strychnine, préparations de valériane, au besoin exercices physiques ; tandis que dans la seconde forme on donnera la préférence aux solutions mono ou polybromurées. Il faut bien se

rappeler en effet que si la sensibilité du larynx est diminuée, les malades n'ont aucun avantage à retirer de l'emploi d'une médication sédative qui sera réservée aux cas où la sensibilité serait au contraire exaltée.

Par contre, l'hydrothérapie (douches froides ou tièdes) conviendra aux deux formes de paresthésie.

De même, dans l'application des topiques locaux, on devra faire la distinction entre les formes hyperesthésiques et anesthésiques. Dans le premier cas, les préparations à base de cocaïne employées sous la forme de pulvérisation, gargarisme, de badigeonnages ou de collutoires, pourraient aider à améliorer le symptôme. Je pourrais recommander l'emploi de la formule suivante :

Solution avec :

Chlorhydrate de cocaïne	0,25 à 0,50 centigrammes
Laudanum de Sydenham	1 gramme
Bromure de potassium.	2 »
Glycérine pure	30 »

A employer en badigeonnages avec un pinceau, au fond de la gorge ou à l'entrée du larynx (paresthésie avec hyperesthésie).

Au contraire, les cautérisations d'un point du pharynx avec l'acide chromique cristallisé ou mieux encore le galvanocautère, conviendront de préférence aux paresthésies avec anesthésie. Il en est de même des badigeonnages avec des solutions mentholées au 1/30ᵉ ou au 1/50ᵉ. L'électrisation générale, souffle électrique ou tabouret de verre, ou le bain électrique, pourront être indistinctement appliqués aux deux formes de paresthésie. Les exercices physiques réguliers, mais sans excès, les voyages, et en un mot tout ce qui aidera à relever les forces et le moral du malade, seront d'excellents moyens pour le soulager du trouble sensoriel qui souvent fait son désespoir.

La suggestion à l'état de veille suffit aussi pour guérir bien des névropathies, tandis que d'autres fois, c'est à l'action combinée des différents moyens que je viens de signaler qu'il faut demander le résultat cherché.

TROUBLES DE LA MOTILITÉ

Avant d'entreprendre l'étude des paralysies musculaires du larynx, il est absolument indispensable de rappeler en quelques mots l'anatomie et la physiologie des muscles de cet organe. Ils peuvent se diviser en deux groupes principaux : les constricteurs ou adducteurs et les dilatateurs ou abducteurs. Les premiers comprennent tous les muscles du larynx, à l'exception des crico-aryténoïdiens postérieurs qui sont les seuls dilatateurs. Je ne crois pas qu'il soit utile de créer une troisième catégorie de muscles tenseurs, puisque ces derniers peuvent jusqu'à un certain point se confondre avec les constricteurs. Ces différents muscles reçoivent leur innervation :

1° Des nerfs laryngés supérieurs qui se divisent en deux branches, l'une interne sensitive et l'autre externe motrice, venant innerver le crico-thyroïdien.

2° Des laryngés inférieurs, au nombre de deux, situés un de chaque côté (récurrents droit et gauche). Celui de droite, né du pneumo-gastrique, contourne en bas la sous-clavière, pour venir remonter le long de la trachée et se distribuer aux muscles du côté droit du larynx, crico-thyroïdien excepté.

Le récurrent gauche, un peu plus long que le précédent, passe sous la crosse aortique qu'il contourne pour se placer ensuite contre l'œsophage et la trachée ; il innerve les muscles du côté gauche. Ces différences dans le trajet et les rapports de ces deux nerfs expliquent la diversité des lésions pathogéniques des paralysies droites et gauches.

3° Un troisième nerf, accessoire du spinal, contribue aussi à l'innervation du larynx, puisque la branche interne de ce nerf après sa sortie du crâne s'anastomose au pneuno-gastrique qui fournit lui-même les nerfs laryngés supérieurs et inférieurs. Cette branche du spinal a été considérée pendant longtemps comme le nerf phonateur car son arrachement à la sortie de la base du crâne était suivie d'aphonie (Claude Bernard) ; mais d'autres physiolo-

gistes pensent qu'ils est impossible de sectionner ce nerf sans atteindre en même temps le pneuno-gastrique. Cette division schématique des nerfs du larynx a été longuement discutée et il paraît admis aujourd'hui, depuis les recherches d'Exner et surtout d'Onodi, qu'il existe des anastomoses entre les fibres du récurrent et celles du laryngé supérieur, ce qui expliquerait comment les laryngés inférieurs contiendraient les fibres sensitives, fibres d'emprunt venant du laryngé supérieur.

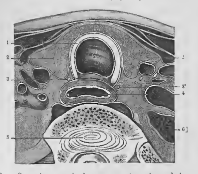


Fig. 130. — Coupe transversale du cou passant au niveau de la première dorsale (d'après Ziemssen et Braune).

1, paroi de la trachée. — 2 et 2', corps tyroïde. — 3 et 3', récurrents droit et gauche. — 4, œsophage. — 5, corps vertébral. — 6, sommet du poumon droit.

On doit diviser les troubles moteurs du larynx en plusieurs groupes principaux qui nécessitent une description spéciale, ce sont : 1° les paralysies de causes centrales ; 2° les paralysies dépendant d'une lésion des branches nerveuses vago-spinales[1],

[1] La lésion isolée de l'accessoire du spinal nous paraît être fort problématique et les cas cités par Turck, Seeligmuller, Morell-Mackenzie et quelques autres ne sont pas assez nets pour permettre d'affirmer que le pneumo-gastrique n'était pas également atteint.

laryngés supérieur et inférieur ; 3° les paralysies localisées à un seul muscle du larynx; 4° enfin les spasmes des muscles du larynx.

A. — PARALYSIES D'ORIGINE CENTRALE

Les lésions centrales, capables de déterminer des paralysies laryngées sont très nombreuses, ce sont : les scléroses diffuses, les paralysies bulbaires progressives (Thèse de Hallopeau, Agrégation, 1875), le tabes, la syphilis à la période tertiaire (gomme cérébrale), la syringomyélie et la sclérose en plaques.

A ces différentes causes il conviendrait d'ajouter un certain nombre d'intoxications (Morell-Mackenzie), au nombre desquelles on pourrait citer le saturnisme.

Bien que Gibb considère les paralysies unilatérales comme assez fréquentes, chez les hémiplégiques par apoplexie récente, l'expérience ne semble pas confirmer cette manière de voir. J'ai eu pour ma part l'occasion d'examiner un assez grand nombre d'hémiplégiques et je n'ai rencontré que très rarement la paralysie d'une corde vocale. Le Dr Cartaz qui a fait à ce sujet de nombreuses recherches à la Salpêtrière considère aussi les paralysies comme exceptionnelles dans l'hémorragie cérébrale.

Symptômes. — Les symptômes de paralysies laryngées d'origine centrale ne sont point caractéristiques ; ce sont plutôt les troubles généraux qui dominent la scène. Les modifications dans la motilité des muscles varient avec l'étendue de la lésion bulbaire. Tantôt la paralysie est double et complète, tantôt, au contraire, elle est unilatérale. Habituellement, ainsi que l'a constaté depuis longtemps F. Semon, et comme vient de le contrôler Brockaert de Gand, les cordes vocales paralysées se placent en position médiane.

Avec Lannois nous admettons que c'est particulièrement dans la paralysie labio-glosso-laryngée que l'on observera le plus souvent des troubles vocaux et par conséquent des altérations de la musculature de cet organe. Cartaz, chez un malade de

Charcot, a constaté un défaut d'adduction des cordes qui expliquait son aphonie. Mais on comprend que l'examen laryngoscopique ne saurait à lui seul nous fixer sur la nature de la lésion qui produit un désordre vocal. C'est ici un symptôme d'importance relativement minime, sauf dans le cas où les deux cordes vocales se trouvant fixées sur la ligne médiane, l'examen direct permet de tirer des déductions thérapeutiques.

Anatomie pathologique. — Les lésions constatées à l'autopsie peuvent être extrêmement variables, suivant la cause de la paralysie. Dans un cas rapporté par Morell-Mackenzie, on a constaté une dégénérescence de la moelle allongée qui était molle et grise, tandis que dans une observation de Penzold, les corps olivaires étaient mal délimités et les pyramides antérieures offraient un aspect gris comme gélatineux. Cruveilhier a trouvé de la dégénérescence grise des cordons postérieurs, ainsi que des corps restiformes. On a également constaté un amincissement considérable des origines des nerfs pneumo-gastriques, spinal et récurrent, un foyer de ramollissement dans le corps restiforme gauche et de la dégénérescenec grise des cordons postérieurs. Dans un cas de Luys, on trouva dans la protubérance, de chaque côté de la ligne médiane, de petits foyers aréolaires contenant un liquide séreux; cette lésion était accompagnée de dégénérescenc secondaire des récurrents et des muscles du larynx. Seguin, au contraire, releva à la troisième frontale droite une plaque jaune, élastique au toucher, n'atteignant que la substance grise. C'est sur cette autopsie qu'il se base pour admettre l'existence d'un centre cortical du larynx à ce niveau.

La question de ce centre a du reste été soulevée par MM. Krause, Duret, Bryson-Delavan, Lannois, Cartaz, Rebillard, Garel, Masini et plus tard par Semon et Horsley. Mais, encore aujourd'hui, l'existence du centre phonateur ne semble pas être établie d'une façon bien définitive.

Diagnostic. — Il découle plutôt de l'examen du sujet, de la manière dont s'est établie la paralysie et des symptômes qui l'ac-

compagnent, que de l'examen laryngoscopique lui-même. Avec le miroir on se bornera simplement à constater si la ou les cordes vocales sont en position médiane (paralysie du posticus avec contracture des antagonistes), cadavérique, ou en abduction forcée, ce dernier fait étant du reste très rare.

Marche. Pronostic. — La marche de la maladie et son pronostic varieront avec la cause de la paralysie. On pourra même observer le retour *ad integrum* de la corde paralysée (Bryson-Delavan), lorsque le défaut d'action aura été la conséquence d'une hémorragie cérébrale. Toutefois, dans les cas les plus favorables, la voix reprend rarement son timbre normal. Lorsque la paralysie est bilatérale, on voit parfois survenir une sorte d'amélioration souvent plus apparente que réelle. En effet, dans les cas où la paralysie des dilatateurs avec contracture des adducteurs occasionne de la gêne respiratoire, on peut voir les cordes s'écarter de la ligne médiane pour prendre la position presque cadavérique. La respiration devient alors plus facile, non que la maladie ait rétrocédé, mais parce que l'atrophie musculaire ayant progressé, la contracture des muscles adducteurs des cordes vocales a disparu graduellement et avec elle la gêne respiratoire qui en résultait.

Quant au traitement, il sera celui de la lésion dominante, cause du trouble musculaire laryngé ; nous n'avons pas à y insister ici, car ce serait passer en revue toutes les affections nerveuses susceptibles de se traduire par une altération dans les mouvements du larynx.

B. — PARALYSIES D'ORIGINE PÉRIPHÉRIQUE

1° **Vago-spinal.** — Etiologie. — Si l'on considère la longueur du trajet que doivent parcourir les pneumo-gastriques depuis leur sortie du crâne jusqu'au point où se dégagent les nerfs laryngés inférieurs (cavité thoracique), si d'autre part on remarque la situation particulière qu'ils occupent dans le cou, il

est aisé de comprendre comment ils peuvent être soumis à de fréquentes causes d'altération.

Le pneumo-gastrique est parfois intéressé par lésion de voisi-

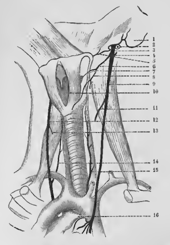


Fig. 131. — Rapports des pneumo-gastriques et des nerfs laryngés (d'après Ziemssen et Henle).

1, apophyse mastoïde — 2, veine jugulaire. — 3, plexus ganglionnaire du pneumo-gastrique. — 4, branche interne du spinal. — 5, branche pharyngienne du pneumo-gastrique anast., avec la branche pharyngée du glosso pharyngien. — 6, nerf laryngé supérieur. — 7 et 8, branches internes et externes du laryngé supérieur. — 9, pneumo-gastrique gauche. — 10, muscle thyro-hyoïdien. — 11, branche cardiaque du pneumo-gastrique. — 12, pneumo-gastrique droit — 13, branches cardiaques droites. — 14 et 15, récurrents droit et gauche. — 16, conduit veineux.

nage dans les diverses affections qui frappent les gros vaisseaux (sous-clavière à droite, aorte à gauche) : l'œsophage, la trachée, la glande thyroïde, les ganglions lymphatiques. C'est ainsi que certains anévrysmes, des dégénérescences malignes, des hyper-

trophies ganglionnaires, etc., sont susceptibles de retentir sur le nerf vague. Le tissu du nerf a encore été lésé par des coups d'épée, de couteau, de revolver. Au cours des opérations faites sur le cou il peut être lacéré, complètement tranché même, ou être compris dans une ligature de la carotide.

Symptomes. — Les symptômes qui accompagnent les lésions du pneumo-gastrique sont de deux ordres : 1° des troubles cardiaques qui généralement arrivent à se régulariser assez rapidement par la suppléance d'autres nerfs ; 2° des modifications vocales, aphonie ou raucité attirant l'attention de l'observateur. Ces troubles sont variables, suivant que la lésion porte sur un seul ou sur les deux nerfs, suivant aussi qu'ils sont intéressés en totalité ou en partie.

A l'examen laryngoscopique l'aspect de la corde vocale ne diffère en rien de celui que l'on observe dans les lésions récurrentielles. Aussi n'insisterais-je pas davantage sur ce point de la question, me réservant d'y revenir un peu plus tard. Toutefois le nerf pneumogastrique étant un nerf mixte, il se peut que sa compression détermine l'immobilisation des deux cordes vocales en position à peu près médiane, l'un des rubans vocaux étant paralysé et l'autre en contracture réflexe. Il résulte donc de cette situation que les troubles vocaux sont relativement peu marqués tandis que la gêne respiratoire est assez considérable pour déterminer des crises de suffocation et l'asphyxie même, si l'on n'intervient pas en ouvrant les voies aériennes par la trachéotomie.

Les troubles de la respiration souvent décrits à propos de la paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs (dilatateurs) consistent en une respiration striduleuse et bruyante. Le cornage se produit aux deux temps et le bruit que fait le malade pendant son sommeil est pour ainsi dire caractéristique de cette sorte de dyspnée. C'est tout au plus si les malades porteurs de rétrécissement de la trachée ont un cornage aussi bruyant Le bord libre des rubans vocaux relâchés et presque juxtaposés produit au moment du passage de l'air ces sortes de vibrations sonores tout à fait spéciales.

2° Paralysies occasionnées par une altération du laryngé supérieur. — Le nerf laryngé supérieur est à la fois un nerf sensitif par sa branche interne et un nerf moteur par sa branche externe. Bien que Türck ait signalé un cas d'atrophie du crico-thyroïdien sans lésion concomitante du laryngé supérieur, les expériences tendant à prouver l'action de ce nerf sont largement suffisantes pour qu'il soit permis de ne considérer le fait signalé par Türck comme une exception et par conséquent conserver à ces filets nerveux ce que la physiologie expérimentale leur a accordé jusqu'à ce jour.

Étiologie. — La paralysie du laryngé supérieur s'observe à la suite de laryngites catarrhales aiguës un peu intenses, ou d'intoxications, telles que la diphtérie. On peut également la constater dans l'hystérie. Enfin, toute lésion intéressant le filet nerveux au moment de son entrée dans le larynx pourra être susceptible d'occasionner sa paralysie. Morell-Mackenzie dit en avoir vu un exemple survenu à la suite d'hypertrophie des ganglions et d'infection du tissu aréolaire situé au-dessous de l'angle de la mâchoire.

Symptomes. — Étant données les deux fonctions différentes du nerf on observe deux ordres de symptômes : 1° de l'anesthésie ; 2° des troubles parétiques. Les premiers se révèlent à un examen approfondi de l'organe, à l'aide de la sonde pour toucher les parties de la muqueuse du larynx dont la sensibilité a diminué ou disparu. C'est ainsi que l'on peut chez quelques malades, manœuvrer avec le stylet ou le porte-ouate garni, dans l'intérieur de leur larynx, ou sur l'un des côtés seulement, suivant que la lésion est unie ou bilatérale, tout comme si l'organe avait été anesthésié.

Il est habituel de voir la perte de la sensibilité de l'organe vocal être accompagné d'hypoesthésie, souvent même d'anesthésie de l'arrière-gorge. Dès lors les malades se plaignent d'éprouver des sensations de corps étranger, de boule, en un mot les différentes manifestations paresthésiques dont j'ai déjà parlé plus haut. Morell-Mackenzie dit même avoir observé des troubles

de la déglutition que l'anesthésie de l'arrière-gorge et surtout de l'entrée du larynx permettent d'expliquer aisément.

Lorsque l'un ou les laryngés supérieurs sont paralysés ou parésiés, on observe également des troubles vocaux dus au défaut de fonctionnement du ou des muscles crico-thyroïdiens qu'ils innervent. La voix est cassée, quelques sons mêmes ne peuvent être émis; pendant l'inspiration les cordes vocales sont flasques, on entend parfois un véritable bruit de soupape qui est loin d'être constant.

A l'examen laryngoscopique, on constate habituellement l'intégrité absolue de la muqueuse vocale, mais si le malade essaie d'émettre la voyelle E, on voit que les rubans vocaux ne sont point nacrés comme à l'état normal, ils sont flasques, mous, formant une ligne ondulée assez caractéristique. Pendant l'inspiration forte les cordes dessinent un triangle isocèle à bords sinueux. Le défaut de parallélisme et d'affrontement des replis thyro-aryténoïdiens, pour un œil habitué au maniement du miroir laryngien, est assez caractéristique. Il est du reste possible en relevant le cartilage thyroïde, d'arriver à tendre assez fortement les cordes pour donner à la voix un timbre presque normal, restituant ainsi en partie, le fonctionnement des crico-thyroïdiens parésiés, ou paralysés.

La marche de ces troubles fonctionnels est subordonnée à la la cause qui leur a donné naissance. Suivant qu'il s'agira d'une affection centrale, de paralysie *a frigore* ou hystérique, l'allure sera absolument variable.

Quant au *diagnostic*, il découlera tout naturellement de ce qui vient d'être dit. Quand on se trouvera en présence d'une anesthésie laryngée constatée avec la sonde, lorsque l'examen laryngoscopique révélera en outre l'aspect ondulé et flasque de l'une ou des deux cordes vocales, on songera à la possibilité d'une paralysie du ou des laryngés supérieurs.

Pronostic. — Ces paralysies sont généralement peu graves par elles-mêmes, car elles ne compromettent pas la vie du malade. Cependant les troubles phonétiques acquièrent parfois une impor-

tance considérable chez les personnes obligées de faire un usage constant de leur voix, comme instrument utile et même nécessaire à leur assurer l'existence.

En général, comme il existe aussi de l'anesthésie de l'entrée des voies aériennes, le pronostic peut devenir un peu plus sombre par ce fait que les aliments sont susceptibles au moment de la déglutition, de s'introduire dans le larynx et déterminer ainsi soit une mort rapide, soit des accidents infectieux de pneumonie secondaire. C'est surtout à la suite de la diphtérie que les troubles de ce genre nécessitent dans certains cas, une alimentation avec la sonde œsophagienne, jusqu'à disparition complète des troubles tropho-névrotiques.

Traitement. — Dans les cas graves, il faudra d'abord parer aux accidents immédiats dus au défaut d'alimentation et instituer une médication avec la sonde passée dans l'œsophage. On pratiquera ensuite l'électrisation de la région malade à l'aide de courants galvaniques ou faradiques. Puis suivant la nature de la paralysie on administrera à l'intérieur un traitement tonique ; la strychnine en pilules ou mieux en injections sous-cutanées, aurait donné d'excellents résultats à Ziemssen et à Lennox-Browne. Du reste nous aurons occasion de revenir un peu plus tard sur cette question du traitement des paralysies laryngées.

3° **Paralysies recurrentielles.** — Pour bien comprendre les paralysies récurrentielles, il convient tout d'abord de rappeler que le larynx remplit physiologiquement deux fonctions importantes et pour ainsi dire antagonistes : la phonation et la respiration. L'une d'elles est active et volontaire (phonation). L'autre est au contraire habituellement passive, réflexe et inconsciente (respiration), ce qui n'exclut pas toujours la volonté dans l'acte respiratoire. Ces deux mouvements contraires du larynx sont assurés par deux groupes musculaires bien distincts qui sont les constricteurs et les dilatateurs.

Or nous savons que tous les muscles du larynx sont des constricteurs dans le sens plus ou moins large du mot, à l'exception

des crico-aryténoïdiens postérieurs qui seuls assurent l'écartement des cordes vocales et par conséquent les fonctions respiratoires. Rosenbach a pu comparer ces deux sortes de mouvements à la flexion et à l'extension des membres, mais tandis que dans ces derniers deux nerfs différents président à ces deux fonctions particulières, dans le larynx au contraire un seul et même nerf, le récurrent, innerve à la fois les constricteurs et les dilatateurs. Ainsi que le fait justement observer M. Lermoyez, dans son remarquable rapport (mai 1902), ce nerf tient sous sa dépendance l'accommodation vocale et respiratoire du larynx, et cette simplicité apparente d'innervation a pour conséquence d'amener une confusion assez notable dans la détermination physio-pathologique du jeu de cet organe. Il convient toutefois de remarquer que le récurrent n'est pas, à vrai dire, le seul nerf moteur du larynx, puisque le crico-thyroïdien est, on le sait, innervé par le laryngé supérieur, émanation directe du pneumogastrique.

D'autre part, fait assez important, l'ary-aryténoïdien, seul muscle impair et médian, reçoit son influx nerveux des deux récurrents. A noter encore les anastomoses de ces nerfs avec les laryngés supérieurs (Onodi), ce qui expliquerait dans une certaine mesure quelques images laryngoscopiques sur lesquelles nous aurons occasion de revenir un peu plus tard.

Jusqu'à ce jour, d'après les recherches nombreuses des physiologistes et d'un grand nombre de cliniciens, le récurrent paraît être une émanation directe de la branche interne du spinal, ainsi que l'avait établi autrefois Claude Bernard. Ce serait sortir du cadre de ce travail que de rappeler ici les différents travaux de Grösmann, Grabower et Onodi, qui ont cherché à démontrer que le récurrent appartenait non au spinal, mais au pneumo-gastrique.

Il semble établi en effet, ainsi que le supposent MM. Raugé et Lermoyez, que bien que chaque théorie apporte à son appui des preuves expérimentales paraissant irréfutables, le récurrent est formé par le spinal, à moins qu'avec Willis on attribue les racines de ce nerf à la dixième paire, c'est-à-dire au pneumogastrique, qui seul alors, innerverait tous les muscles du

larynx[1]. C'est une représentation théorique qui n'a dans la pratique qu'une importance secondaire.

Par contre, la fonction phonatrice, qui fait du larynx un organe très compliqué et très parfait au point de vue expérimental, doit fatalement tirer son influence d'une région plus élevée de l'encéphale que la fonction respiratoire, c'est-à-dire que la fonction vitale.

Avec Raugé, on doit admettre que la « direction de la glotte dans la part que le larynx prend à la parole articulée est un acte trop supérieur et trop éminemment psychique pour qu'on puisse un instant mettre en doute la nécessité de sa représentation centrale ». Krause, Semon, Horsley et Onodi ont les premiers établi d'une façon expérimentale la représentation cérébrale du larynx. Depuis cette époque, nombreux sont les cas dans lesquels l'examen clinique confirmé par l'autopsie, a également démontré l'existence de ce centre que l'on est assez disposé à placer au pied de la troisième frontale, empiétant un peu sur la partie inférieure de la frontale ascendante.

Il semble, jusqu'à nouvel ordre que ce centre est bilatéral, la destruction de l'un, ne suffisant pas à annihiler la fonction de son congénère, de telle sorte qu'une excitation unilatérale produit un effet bilatéral[2].

[1] L'innervation motrice du larynx, a dit M. Brockaert dans son récent et important travail sur la question, est sous la dépendance des racines bulbaires du noyau vago-spinal. Il y a intérêt à considérer toutes ces racines bulbaires comme appartenant à un nerf unique au nerf vague (nerf pneumo-gastrique vago-spinal ou pneumo-spinal); le nerf spinal (nerf accessoire ou nerf de Willis) serait alors un nerf purement médullaire.

Nous croyons intéressant de reproduire ici les conclusions du Dr Brockaert (de Gand) sur ce point de la question :

« 1° Il existe *dans chaque hemisphère* un centre de la représentation de l'abduction des cordes vocales Son excitation unilatérale produit un effet bilatéral. Sa destruction unilatérale n'est suivie d'aucun effet, tandis que l'extirpation bilatérale de ce centre entraîne, chez le chien, l'abolition de l'aboiement. L'adduction réflexe des cordes est seule conservée dans ce cas ; aussi l'animal continue-t-il à crier, à vagir, bref à exécuter tous les actes phoniques réflexes dont le chien nouveau-né est capable.

« L'abolition de l'aboiement ne persiste que quelques semaines ; l'animal réapprend à aboyer de la même façon qu'il l'a apprise la première fois.

« L'existence d'un *centre protuberantiel* est loin d'être prouvée.

« 2° Le centre *bulbaire* de l'innervation motrice du larynx se retrouve, chez

Il reste à établir s'il existe d'autres centres sous-corticaux associés (Masini), ou protubérantiels (Onodi).

Le passage des fibres unissantes serait situé au niveau de la partie externe du genou de la capsule interne.

Ces prémisses étant établies, il nous suffira de rappeler encore qu'il existe une notable différence dans le trajet des récurrents droit et gauche, dont l'un contourne la sous-clavière et l'autre la crosse de l'aorte (voir p. 461).

Les paralysies récurrentielles sont de toutes les paralysies vocales les plus fréquentes et aussi les plus importantes. Elles peuvent être uni ou bi-latérales ; les premières sont sans contredit celles que l'on a le plus souvent l'occasion d'observer.

Étiologie. — Ces paralysies reconnaissent à proprement parler trois ordres de causes, elles peuvent être : 1° d'origine centrale ; 2° périphérique ; 3° toxiques ou infectieuses.

I. Les premières ont habituellement pour cause les différentes lésions centrales dont j'ai déjà parlé dans le chapitre où j'ai traité des paralysies de cet ordre.

II. Les deuxièmes sont la conséquence de lésions occupant l'un des côtés de la ligne médiane, d'où irritation ou compression possible de l'un des récurrents. Par sa situation anatomique le nerf gauche est plus fréquemment exposé que le droit. On le trouve altéré particulièrement dans les cas d'anévrysme de l'aorte ; bien souvent même, c'est l'examen de l'organe vocal qui permet de reconnaître des dilatations variqueuses passées inaperçues. Dieulafoy a décrit sous le nom d'anévrysme à type récurrent de petites ectasies développées au niveau de la crosse et se traduisant par la compression récurrentielle avec la perte de mouvement qui en résulte pour la corde vocale correspondante.

le lapin, dans le noyau dorsal du vague, dont il occupe à peu près les six huitièmes moyens. Les deux modes d'activité phonatoire et respiratoire sont *dissociés* et ont chacun leur centre particulier : le *centre bulbo-phonatoire* et le *centre bulbo-respiratoire*, ce dernier étant situé dans le tiers antérieur du noyau-moteur du larynx. »

Il peut se faire que le sac vasculaire soit assez développé ou qu'il émette des diverticules secondaires susceptibles de comprimer le récurrent droit et de produire par conséquent des symptômes de paralysie bi-latérale. M. H Deyga dans son important travail sur les paralysies récurrentielles doubles, en a rapporté quelques exemples, en rappelant ceux plus anciens de Baümler, Munck, Morell-Mackenzie, Gartaz, Garel, etc.

Le récurrent droit est de par sa situation exposé à des altérations consécutives à des ectasies de la sous-clavière, ou plus souvent à des indurations du sommet du poumon de ce côté, car Sébileau a démontré depuis longtemps les rapports intimes qui existaient entre le sommet de cet organe et le laryngé inférieur droit, rapports variables du reste suivant les sujets.

Par contre, les autres causes susceptibles d'occasionner des compressions récurrentielles peuvent agir aussi bien d'un côté que de l'autre, car les rapports des laryngés inférieurs avec ces organes sont à peu près les mêmes. C'est ainsi que les tumeurs de l'œsophage, en particulier les cancers, celles du corps thyroïde, les goîtres fibreux ou malins et surtout les ganglions du cou ou des bronches hypertrophiées, peuvent devenir le point de départ de ces accidents.

Il n'est pas inutile de rappeler ici qu'il existe tout le long de la trachée une véritable pléiade ganglionnaire sur laquelle MM. Barety, Gouguenheim et Leval-Piquechef ont appelé l'attention. Barety qui le premier s'est occupé de la question, distingua deux groupes de ganglions trachéo-bronchiques, l'un droit, l'autre gauche, situés dans l'angle obtus que fait la trachée avec ses deux branches de bifurcation, puis un troisième groupe situé au niveau de la bifurcation trachéale et enfin des ganglions inter-bronchiques placés à l'angle de division des quatre premières ramifications.

A l'état pathologique, ces divers amas ganglionnaires se trouvent parfois réunis l'un à l'autre par des ganglions intermédiaires. On comprend dès lors comment l'hypertrophie de ces glandes lymphatiques peut déterminer la compression d'un ou même des deux récurrents et les altérations qui en résultent. Ainsi s'expliquent du reste une série de toux convulsives de la première

enfance et même certaines paralysies, ou contractures passagères de la deuxième période de la syphilis.

Il faut encore parmi les causes de compression faire entrer en ligne de compte les pneumonies du sommet droit et les épanchements péricardiques. Dans le cas à peu près unique de Baümler, cet épanchement avait provoqué une paralysie des deux récurrents. M. Deyga rapporte également dans sa thèse, le résumé de deux observations de M. Monisset, auxquelles il manque toutefois le contrôle de l'examen laryngoscopique.

On rencontre aussi, mais à titre exceptionnel, des paralysies récurrentielles gauches, au cours d'épanchements pleuraux carcinomateux de ce même côté. Dans un cas cité par Unverricht, le laryngé inférieur était comprimé par une nodosité cancéreuse située au niveau de l'arc que décrit ce nerf autour de l'aorte. L'auteur allemand s'était même cru autorisé, à propos de ce fait à peu près unique, à formuler le principe suivant : « Dans un épanchement pleural faisant pour n'importe quelle raison soupçonner un carcinome, on peut, quand on voit survenir une paralysie de la corde vocale correspondante, diagnostiquer avec assez de certitude la nature cancéreuse de l'épanchement. »

On a encore cité (Johnson, Baümler, etc.) des cas de paralysie des deux récurrents à la suite de compression exercée sur un seul des pneumo-gastriques ; mais il est plus logique d'admettre avec Gottstein, Semon, Brockaert, etc., que la continuité de l'excitation du pneumo-gastrique finit à la longue par occasionner des altérations centrales qui produisent des troubles bi-latéraux.

III. Parmi les causes secondaires susceptibles de localiser leur action à un seul groupe musculaire, on doit citer l'hystérie qui atteint de préférence les groupes constricteurs des deux côtés, mais qui peut n'influer que sur les dilatateurs et parfois sur un seul côté du larynx. Il convient encore de citer parmi les causes toxiques des paralysies récurrentielles, uni ou le plus souvent bilatérales, l'intoxication saturnine, la diphtérie, la fièvre typhoïde, la syphilis et le rhumatisme et probablement aussi la grippe (Moure).

On a encore incriminé le choléra (Loeri, Moure), la blennorrhagie (Lazarrus), la puerpéralité et enfin la tuberculose,

On peut voir se produire, au cours de ces différentes infections générales, une véritable névrite périphérique du récurrent ou des filets qui se distribuent aux muscles du larynx. Ces névrites sur lesquelles le professeur Massei, de Naples, a appelé l'attention il y a déjà bien des années, peuvent reconnaître pour cause soit un simple refroidissement (rhumatisants) ou dépendre d'une des infections générales dont j'ai parlé plus haut. Il n'est pas extraordinaire que l'on rencontre dans le larynx de ces névrites périphériques, comme en ont décrit et observé MM. Pitres et Vaillard au cours de la tuberculose.

Le sexe ne paraît avoir aucune influence sur la fréquence de la lésion.

Enfin il est possible que l'examen le plus minutieux ne permette pas de reconnaître la cause déterminante de la paralysie. J'ai parfois observé des troubles manifestes de la motilité du larynx chez des ozénateux porteurs de complications laryngo-trachéales. Il semble que chez certains d'entre eux les muscles du larynx aient perdu une partie de leur tonicité normale, peut-être par trouble tropho-névrotique portant sur les ramifications terminales des deux nerfs laryngés (supérieur et inférieur), car les troubles parétiques s'accompagnent presque toujours d'un degré d'hypoesthésie très marqué, auquel il faut du reste attribuer l'accumulation des croûtes dans le conduit laryngo-trachéal, les réflexes de cette région étant à peu près abolis.

Symptômes. — Les symptômes des lésions récurrentielles sont fonctionnels et objectifs. Ils varient du reste suivant l'étendue de la lésion, son siège, et suivant aussi que la paralysie est uni ou bi-latérale, qu'elle est partielle ou totale, c'est-à-dire qu'elle frappe un ou plusieurs groupes de muscles du larynx.

I. *Paralysies doubles ou bi-latérales.* — Très bien étudiées dans la thèse du docteur Deyga (Lyon, 1902) les paralysies doubles et bi-latérales de tous les muscles du larynx se traduisent ainsi

que l'a depuis longtemps déjà établi Ziemssen, par une série de symptômes fonctionnels très nets. D'abord la voix est étouffée et même éteinte. La toux est également aphone, voilée ou rauque, souvent même le malade est dans l'impossibilité absolue de tousser et de cracher, à cause des dimensions trop considérables de l'orifice glottique qui n'offre aucun point d'appui pour l'accomplissement de ces différents actes.

Si la lésion est récente, il se peut que les cordes vocales se trouvent fixées en position médiane ; dans ces cas il existe du tirage et du cornage bruyants surtout appréciables pendant le sommeil. Ce cornage se produit aux deux temps de la respiration (voir fig. 132) Si la paralysie est totale, la respiration est au contraire relativement facile, sauf au moment des efforts. Dans ces cas, pendant la phonation forcée ou l'action de tousser, il se produit ce que Ziemssen a très exactement appelé une sorte de coulage d'air, c'est-à-dire que les cordes vocales ne pouvant se rapprocher exactement, l'air filtre par l'espace qu'elles laissent entre elles, et produit cette sorte de sonorité aphone tout à fait particulière. Pendant l'inspiration forte, sans qu'il existe de véritable dyspnée, on entend cependant une sorte de vibration due au rapprochement du bord libre des cordes, qui se trouvent attirées vers la partie inférieure, par le passage de l'air qui pénètre dans les bronches.



Fig. 132. — Position des cordes vocales dans la paralysie bilatérale des dilatateurs, pendant l'inspiration (lésion récente).

A l'examen laryngoscopique la position des cordes varie suivant que la lésion est récente et incomplète ou ancienne et complète. Dans le premier cas les rubans vocaux sont en position médiane, tandis que lorsque l'action des deux récurrents est annihilée les cordes se placent en position intermédiaire à la phonation et à la respiration, situation dite cadavérique, mais elles ne sont point aussi écartées que sur le cadavre. Certains auteurs pensent que le tonus normal du crico-thyroïdien innervé

par le laryngé supérieur suffit pour donner aux cordes un certain degré de tension qui les empêche d'être dans la position réellement cadavérique (Ruault). Elles sont ternes, presque grisâtres, laissant entre elles un espace ellipsoïde dont les bords semblent peu nets. Si l'on prie le malade de faire une inspiration profonde, on voit le bord libre des rubans vocaux se déprimer en bas. Par contre, les aryténoïdes restent immobiles, aussi bien pendant les mouvements de respiration que pendant les essais de phonation (fig. 133).



Fig. 133. — Position des cordes vocales dans la paralysie bilatérale des dilatateurs. Position intermédiaire, dite cadavérique, des deux rubans vocaux, pendant l'inspiration (lésion ancienne).

Les signes que je viens d'indiquer constituent les symptômes essentiels de la paralysie complète et bilatérale des deux nerfs récurrents chez l'adulte. Chez l'enfant, en effet, l'orifice glottique est tellement petit à la partie moyenne, que l'immobilisation des aryténoïdes en position à peu près médiane suffit pour rendre l'orifice glottique insuffisant à assurer la respiration ; ce qui revient à dire que dans ces cas on constate l'existence d'une dyspnée plus ou moins violente.

Fig. 134. — Aspect schématique des cordes immobilisées en position intermédiaire (vues pendant l'inspiration).

II. *Paralysies unilatérales.* — Si la paralysie, tout en étant totale, est simplement unilatérale, les troubles vocaux sont alors bien différents, la voix devient bitonale, à timbre tout à fait spécial. Le plus souvent le ruban vocal opposé arrive à l'aide de contractions exagérées à se mettre presque en contact avec son congénère, ce qui permet aux bords de l'anche vibrante de produire un certain son. D'autres fois la voix est sans timbre.

Le coulage d'air caractéristique de la paralysie bi-latérale n'existe guère qu'au moment des efforts. La respiration est normale car le côté mobile du larynx suffit largement pour assurer

l'entrée de l'air dans les voies aériennes. Ce sera donc ici l'examen laryngoscopique qui presque seul permettra d'établir le diagnostic exact de la lésion, en montrant une corde vocale immobilisée soit en position médiane, soit en position intermédiaire à la phonation et à la respiration (position cadavérique).



Fig. 135. — Paralysie complète du récurrent gauche (vu pendant l'inspiration forte). La corde de ce côté se trouve en position dite cadavérique intermédiaire.

Par le fait même de la perte de mouvement d'un des rubans vocaux et de la mobilité exagérée de celui du côté opposé, l'orifice glottique apparaît dévié, le cartilage aryténoïde du côté sain venant, comme je l'ai dit plus haut, dépasser la ligne médiane pour se mettre en contact avec celui du côté opposé et même, si la paralysie est ancienne, passer même au-devant de lui. La corde paralysée semble être plus courte et placée sur un plan supérieur à sa congénère.

Il est pour ainsi dire de règle, lorsque la compression est récente, de voir la corde vocale correspondante ou les deux cordes si la lésion est bilatérale, occuper la ligne médiane, car les nerfs simplement irrités entrent en contracture et l'action des constricteurs l'emporte sur celle des dilatateurs. Si l'altération nerveuse est plus grave et unilatérale, la corde paralysée se trouve encore maintenue en position à peu près médiane et par le crico-thyroïdien qui, innervé par le laryngé supérieur, n'est pas atteint par la lésion et par l'ary-aryténoïdien qui se trouve encore innervé par le récurrent intact. Aussi la suppression, même complète, de l'influence récurrentielle d'un seul côté ne suffit-elle pas pour mettre la corde vocale correspondante en position réellement cadavérique, si elle s'éloigne un peu de la ligne médiane, comme l'a constaté le Dr Broc-



Fig. 136. — Même larynx que ci-dessus (vu pendant les efforts de phonation). L'aryténoïde droit et la corde correspondante qui sont intacts, dépassent la ligne médiane pour compenser le défaut d'action du ruban vocal paralysé.

kaert à l'aide de mensurations faites sur le larynx de chevaux, il n'est guère possible à l'aide du miroir de faire pareille différence surtout sur de petits larynx.

Ainsi s'explique le peu de succès obtenu par Ruault chez le malade auquel il fit couper le récurrent par le Dr Monod, avec l'espoir de mettre en position cadavérique des cordes placées en position médiane. L'écartement obtenu est souvent si minime que l'espace laissé libre ne suffit pas pour assurer la respiration. Ainsi s'explique aussi l'aspect laryngoscopique observé chez deux opérées de goitres, examinés par moi, auxquels deux



Fig. 137.

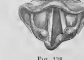


Fig. 138.

Paralysie de la corde gauche en position externe; larynx vu pendant l'inspiration (137) et pendant les efforts de phonation (138).

chirurgiens avait sectionné le récurrent. Il semblait en effet chez ces malades que la corde vocale correspondante était encore en position médiane tant l'écart était peu appréciable.

III. Résumé. — *En résumé si la lésion récurrentielle est unilatérale, au début alors que le nerf est simplement irrité, la corde vocale correspondante se tient fixée dans la position médiane; la voix et la toux sont à peu près normales. La respiration est libre. Lorsque la paralysie est complète, tout influx nerveux étant supprimé, la corde se met en position légèrement éloignée de la ligne médiane, position intermédiaire à la phonation et à l'état cadavérique vrai. La voix et la toux sont alors bitonales, à timbre spécial presque eunuchoïde.*

Si la compression des récurrents est double à la période d'irritation, les deux cordes vocales occupent le milieu de l'espace glottique, la voix est alors normale, la toux un peu voilée et la respiration striduleuse et bruyante (cornage), le malade asphyxie.

Lorsque la paralysie est complète les deux cordes s'écartent légèrement de la ligne médiane, il existe de l'aphonie, la toux est étouffée; pendant la phonation, on observe une sorte de coulage d'air; la gêne respiratoire, du moins chez l'adulte, n'apparaît qu'au moment des efforts vocaux et des exercices violents.

Anatomie pathologique. Pathogénie. — En 1881, F. Semon, reprenant les recherches de Rosenbach, affirmait et avait essayé de démontrer que si un récurrent était comprimé, le crico-aryténoïdien postérieur correspondant était toujours le premier et souvent le seul paralysé (d'où position médiane de la corde vocale correspondante), puis, lorsque la fonction de ce nerf était complètement abolie soit par une compression longtemps prolongée, soit par une section de ce nerf, la corde se mettait en position dite cadavérique. Pour expliquer cette situation spéciale des rubans vocaux paralysés en position médiane, l'auteur anglais avait pensé qu'il fallait admettre une sensibilité particulière des muscles dilatateurs de la glotte (crico-aryténoïdien postérieur) qui, dans ces cas, se trouvaient souvent seuls ou les premiers atteints. Certaines expériences ou examens faits sur le cadavre avaient semblé démontrer cette hypothèse, qui valut à son auteur de nombreuses et même de violentes controverses. Actuellement on peut considérer la loi, dite de Semon, comme sanctionnée par l'expérience, tout au moins dans ses grandes lignes. Aussi ne reviendrai-je pas sur les discussions passionnées soulevées par cette intéressante question. Elles ont été fort bien exposées dans un travail très complet et tout récent publié par le Dr Brockaert, de Gand. Après un historique intéressant de la question notre confrère belge expose le résultat de ses recherches personnelles d'après lesquelles il conclut que dans les cas de lésion bulbaire ayant pour conséquence de placer la corde vocale en position médiane, il faut admettre avec Semon des altérations limitées aux seuls muscles abducteurs, fait qui ne doit pas nous surprendre, puisque les modes d'activité phonatoire et respiratoire sont dissociés dans le bulbe et que cette sélection se rencontre dans la plupart des lésions de l'axe cérébro-spinal.

Par contre, M. Brockaert pense qu'il n'est pas logique d'admettre que le muscle dilatateur à qui incombe la fonction la plus importante de notre organisme, c'est-à-dire la respiration, soit plus vulnérable et moins résistant que les muscles qui assument la charge d'une fonction acquise, de la phonation.

En admettant que sur le cadavre les crico-aryténoïdiens postérieurs perdent plus vite leur conductibilité que les autres muscles du larynx (Semon, Lermoyez, etc.), il ne s'ensuit pas que sur le vivant ce groupe abducteur se trouve dans un état d'infériorité manifeste, car il est probable que le surmenage actif du postérieur influe plus vite sur sa mort.

D'après l'auteur belge, en cas de lésions récurrentielles, les *abducteurs résisteraient plus longtemps que les autres muscles du larynx, par le fait qu'ils reçoivent du sympathique des fibres trophiques.* Ce supplément d'influx nerveux expliquerait leur résistance plus grande à subir les altérations dégénératives.

Pour expliquer la position médiane des cordes vocales en cas de lésion récurrentielle unilatérale, M. Brockaert pense que dans les lésions bulbaires si le noyau du nerf postérieur seul est atteint et détruit, il se produit une contracture des antagonistes qui peut persister indéfiniment. Cette contracture est en harmonie avec les idées actuelles et les notions pathologiques.

Si la lésion est périphérique, la corde se met immédiatement en situation intermédiaire, qu'il appelle position de relâchement.

Si l'altération morbide est lente, il y a d'abord irritation qui détermine l'adduction de la corde vocale; cette irritabilité peut même persister pendant plusieurs mois. Puis peu à peu se produit de la parésie du nerf, la conductibilité nerveuse diminuant progressivement jusqu'à ce que toutes les fibres soient atteintes de paralysie. La position de la corde dépend du degré de parésie du nerf et s'explique en tenant compte de ce fait que les adducteurs sont plus nombreux et plus forts que le seul muscle abducteur.

Si la paralysie est complète on peut expliquer la position dite intermédiaire (qui n'est pas la position réellement cadavérique), en admettant un tonus musculaire dans les antagonistes et parti-

culièrement dans le muscle ary-aryténoïdien dont la moitié seulement se trouve atteinte par la compression nerveuse unilatérale. La partie saine de ce muscle contracturé aide à la fixation médiane de la corde vocale; peut-être le crico-thyroïdien, également intact, favorise-t-il aussi cette situation intermédiaire prolongée de la corde vocale privée de l'influx nerveux récurrentiel.

Marche. Durée. — La marche et la durée de ces paralysies varient avec la cause qui les a produites. S'il s'agit d'une affection transitoire et de courte durée, les fonctions du nerf peuvent se rétablir. Si, au contraire, le récurrent a été longtemps comprimé et qu'il soit survenu des troubles trophiques du côté des muscles, il est à craindre que la corde vocale atteinte conserve toujours une position vicieuse. Seules les paralysies vocales d'origine hystérique sont susceptibles de disparaître aussi subitement qu'a été soudaine leur apparition. Généralement les troubles musculaires consécutifs à une affection aiguë cèdent avec cette dernière. Ordinairement, au début des lésions récurrentielles par compression, on observe des phénomènes d'excitation et de contracture plus ou moins passagers (toux spasmodique, aphonie, etc.), puis à mesure que les filets nerveux sont davantage comprimés la paralysie motrice progressive s'établit ainsi que l'atrophie des muscles innervés par le nerf atteint.

Diagnostic. — Le diagnostic de la lésion elle-même est généralement facile; les troubles fonctionnels d'une part et l'examen laryngoscopique d'une autre permettent de reconnaître la nature du trouble musculaire observé. Par contre, il n'est pas toujours aisé de reconnaître la cause qui a produit la paralysie Lorsque la corde gauche est atteinte, il faut songer d'abord si on ne trouve pas le long du cou de quoi expliquer la compression, à l'aorte, au cœur, ou du côté de l'œsophage ; à droite, à la sous-clavière, au poumon, à une tumeur du médiastin, voire aussi de l'œsophage.

Dans l'hystérie, la paralysie est ordinairement bi-latérale. Dans les paralysies inflammatoires, la présence même d'un

catarrhe laryngien mettra sur la voie du diagnostic. Enfin lorsqu'il ne sera pas possible de déceler la nature exacte de la paralysie, il faudra rechercher du côté du système nerveux central ou du côté de l'état général du malade, l'explication du phénomène observé. Il faut se rappeler qu'il est des cas où le trouble moteur du larynx est le symptôme prémonitoire et initial qui précède de longtemps les autres troubles fonctionnels d'une lésion bulbaire ou cérébrale

Les cicatrices vicieuses provenant d'affections anciennes du larynx, entraînant l'ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes se révèlent par l'existence de brides fibreuses qu'il est généralement possible de voir à l'examen direct.

Les arthrites de la tuberculose et de la syphilis s'accompagnent également de lésions concomitantes révélant leur nature.

Les immobilisations par néoplasme sont toujours accompagnées d'une tuméfaction de la région postérieure péri-aryténoïdienne ou de la bande ventriculaire, qui permet d'éliminer l'hypothèse d'une simple paralysie.

Il faudra apporter le plus grand soin à ne pas confondre certains spasmes glottiques dus à l'émotion du malade au moment où on pratique l'examen avec une paralysie vraie. Il suffira pour cela de placer le miroir à plusieurs reprises et de prier le malade de respirer tranquillement pour éviter pareille erreur.

Dans la contracture passagère des muscles adducteurs, la corde vocale est pour ainsi dire ratatinée, à bord concave, l'aryténoïde étant attiré en bas et en dedans, la corde atteinte paraît être beaucoup plus courte que celle du côté opposé. Souvent même le ruban vocal contracturé se trouve non seulement au delà de la ligne médiane, mais au-dessus de celui du côté opposé.

Pendant l'inspiration l'aryténoïde contracté reste complètement immobile, tandis que dans la paralysie unilatérale il subit à son sommet de petites oscillations dues à l'intégrité de la moitié du muscle aryténoïdien.

Le diagnostic de la paralysie se fera surtout en priant le malade d'exécuter des mouvements de phonation et d'inspiration. Pour un œil un peu exercé elle sera généralement facile à reconnaître.

Pronostic. — Les paralysies des muscles du larynx ne doivent leur gravité qu'à la cause productrice de la lésion. Si la paralysie occupe les deux cordes vocales, que ces dernières se placent en position médiane, la respiration se trouve de ce fait compromise et la trachéotomie devient une opération urgente, indispensable pour sauver la vie du malade. Même dans l'hystérie il peut se faire que l'on soit obligé de pratiquer l'ouverture des voies aériennes pour parer à l'asphyxie qui menace le malade. Les faits de ce genre ne sont pas très rares, ils sont plutôt dus à de la contracture qu'à de la paralysie.

Dans les cas de lésions unilatérales l'existence n'est généralement pas mise en danger, mais le pronostic dépend alors de la nature et de la cause du trouble moteur laryngé. On conçoit que nous ne puissions passer en revue les différentes causes auxquelles nous avons fait allusion en parlant de l'étiologie de cette affection; nous n'avons qu'à y renvoyer le lecteur.

PARALYSIES ISOLÉES DES GROUPES DILATATEURS ET CONSTRICTEURS

La paralysie isolée des dilatateurs et des constricteurs du larynx ne se rencontre guère que dans l'hystérie; elle est dans ce cas bilatérale et s'étend isolément à chacun des groupes musculaires du larynx.

A *Dilatateurs*. — Lorsque la paralysie porte sur les crico-aryténoïdiens postérieurs (dilatateurs) on a sous les yeux les symptômes fonctionnels et objectifs de la paralysie récurrentielle double à la période du début.

Les cordes vocales placées en position intermédiaire interceptent presque complètement le passage de l'air; la voix est étouffée et l'on perçoit pendant la phonation le coulage de l'air spécial à cette lésion. Si la perte de mouvement persiste, il faut pratiquer la trachéotomie pour éviter l'asphyxie. Cette forme de trouble hystérique est heureusement assez rare.

B. *Constricteurs*. — Lorsque la perte du mouvement atteint le groupe des constricteurs, les symptômes sont tout à fait différents. Ce sont d'abord l'aphonie complète, le malade étant dans l'impossibilité absolue de mettre ses deux cordes vocales en contact. Dans ce cas on entend, pendant les efforts de phonation, l'air passer entre l'orifice glottique élargie par l'absence de rapprochement des rubans vocaux.

La toux, lorsqu'elle existe, suit les modifications de la voix, elle consiste plutôt en une sorte de souffle trachéal dépourvu de toute sonorité. L'expectoration est en général nulle et dans tous les cas très difficile, la sensibilité tactile de la muqueuse laryngo-trachéale est presque toujours plus ou moins altérée.

La respiration est normale, elle est même très facile puisque les cordes vocales restent constamment en position de respiratoire.

Si la lésion est unilatérale, la voix et la toux sont toujours altérées dans leur timbre, malgré la compensation établie par le côté sain.

A l'examen laryngoscopique, pendant les efforts de phonation, l'épiglotte se relève généralement assez mal; les rubans vocaux restant éloignés l'un de l'autre, l'orifice glottique prend l'aspect d'un triangle isocèle à base postérieure (aryténoïdienne), dont les bords latéraux sont légèrement incurvés en dedans. Il résulte de cette situation que les deux angles postérieurs sont arrondis, l'antérieur seul ayant conservé sa forme régulière.

Pendant l'inspiration, les deux replis thyro-aryténoïdiens s'écartant légèrement en dehors leurs bords deviennent plus rectilignes, ce qui rend le triangle plus parfaitement isocèle que pendant les efforts de phonation.

Si la paralysie est unilatérale l'orifice glottique semble être dévié, l'une des cordes vocales reste immobile, en position externe, pendant que l'autre au contraire essaie de venir s'accoler à sa congénère en dépassant presque la ligne médiane. C'est à cette sorte de compensation par le côté sain, qu'il faut attribuer l'aspect asymétrique du larynx, surtout appréciable pendant l'émission de la voix. Souvent le muscle ary-aryténoïdien, paralysé

d'un seul côté, se contracte à moitié, faisant basculer l'aryténoïde du côté paralysé, ce qui donne à ce cartilage une sorte d'aspect déformé et fait apparaître la région postérieure comme tuméfiée.

PARALYSIES ISOLÉES DES MUSCLES DU LARYNX

Jusqu'à présent, nous avons envisagé en bloc les deux groupes musculaires qui servent à actionner le larynx pendant l'accomplissement des deux fonctions importantes de la phonation et de la respiration. Il peut se faire que sous certaines influences la paralysie se localise à un seul des muscles de l'organe vocal. Dans ces cas, l'examen laryngoscopique traduit, en général, assez bien le trouble paralytique pour qu'il puisse être diagnostiqué.

Étiologie générale. — Les paralysies isolées des muscles du larynx ont une étiologie à peu près identique à celle des récurrents. Elles peuvent être d'origine centrale, occasionnées par des névrites périphériques, ou consécutives à des myopathies primitives, comme en a signalé Morell-Mackenzie. Il suffira de rappeler la place anatomique des muscles thyro-aryténoïdiens et ary-aryténoïdiens, pour comprendre qu'ils puissent se trouver paralysés dans les cas où la muqueuse qui les recouvre est le siège d'une infection plus ou moins vive.

Le rhumatisme peut aussi se cantonner dans un groupe ou même dans un seul des muscles du larynx et déterminer une impotence fonctionnelle isolée de la partie atteinte. Toutefois, avant de poser le diagnostic de paralysie rhumatismale il faut être bien certain qu'il n'y a aucune autre espèce de cause à laquelle on puisse attribuer le défaut d'action du muscle privé de mouvement.

Enfin il faut se rappeler que l'hystérie est de beaucoup la cause la plus habituelle des laryngoplégies isolées. Nous allons successivement passer en revue les symptômes spéciaux à chacune de ces différentes altérations morbides.

PARALYSIE DU CRICO-ARYTÉNOÏDIEN LATÉRAL

La paralysie du crico-aryténoïdien latéral dont Elsberg avait autrefois rapporté des exemples est assez rare. Toutefois, j'ai eu l'occasion de rencontrer à différentes reprises l'image classique de cette affection si bien tracée par l'auteur américain dans son article sur les paralysies laryngées.

Lorsque les deux muscles sont atteints, on observe les symptômes fonctionnels de la paralysie des constricteurs, le malade est complètement aphone, la respiration est facile et la toux suit les caractères de la voix.

Pour ce motif, certains auteurs pensent qu'il est très difficile d'affirmer que les crico-aryténoïdiens latéraux seuls sont atteints. Cependant, à l'examen laryngoscopique, au lieu d'avoir l'image de la paralysie des constricteurs, on voit l'orifice glottique prendre une forme rhomboïde ; les cordes vocales sont adossées à leur partie postérieure, grâce à la contraction des muscles transverses, mais elles restent sur la ligne médiane comme brisées à leur tiers postérieur, ce qui donne au larynx un aspect tout à fait spécial.

Si la paralysie est unilatérale, l'un des rubans vocaux est parfaitement tendu dans le sens antéro-postérieur, dépassant même la ligne médiane pendant les efforts de phonation, tandis que son congénère présente l'aspect caractéristique de la paralysie du crico-aryténoïdien latéral, la corde vocale formant une sorte d'angle vers son tiers postérieur qui reste à ce niveau éloigné de sa congénère.

PARALYSIES DU MUSCLE THYRO-ARYTÉNOÏDIEN

Étiologie. — Aux causes générales signalées plus haut, il faut ajouter l'inflammation aiguë ou chronique de la muqueuse vocale qui est fréquente, on le sait, chez les avocats, les chanteurs, les prédicateurs et les rhumatisants, car de par sa situation le thyro-aryténoïdien est très exposé aux paralysies inflammatoires.

Symptômes. — Les muscles thyro-aryténoïdiens peuvent être frappés d'un seul ou des deux côtés à la fois. Dans les paralysies incomplètes, la voix est enrouée, dysphone et même diphtone. Si le malade émet en même temps deux sons ceux-ci sont presque toujours consonnants et généralement à l'octave ou à la tierce l'un de l'autre. Ils sont dus à la contraction incomplète du thyro-aryténoïdien et à l'accolement des cordes soit dans le tiers antérieur, soit dans le quart postérieur, d'où formation de deux orifices glottiques de dimensions inégales. Si la paralysie est complète, la voix est alors cassée et aphone. Habituellement on observe en pareil cas, toutes les modifications vocales dont j'ai parlé à propos de la laryngite catarrhale aiguë.

La respiration, au contraire, est facile. La toux est en rapport avec la cause de l'affection qui a produit la paralysie ; les autres symptômes fonctionnels sont insignifiants et sans valeur séméiologique.

A l'examen laryngoscopique, les cordes vocales prennent une forme ondulée, elles se juxtaposent dans certains points, laissant dans d'autres, des espaces libres mal tendus et sinueux. L'orifice glottique a une forme irrégulière, depuis la commissure antérieure des cordes jusqu'à leur insertion cartilagineuse sur l'aryténoïde.



Fig. 139. — Aspect schématique du larynx pendant les efforts de phonation. Le bord des cordes est généralement moins net et plus ondulé.

Le bord des rubans vocaux est en outre recouvert de mucus plus ou moins épais, formant pendant l'émission de la voix une sorte d'enduit crémeux qui mousse et se ramasse sur les points de contact des replis thyro-aryténoïdiens. Si la paralysie est d'origine inflammatoire la muqueuse paraît très souvent rosée ou même rouge et enflammée. Il n'est pas rare de voir la parésie, ou paralysie des ary-aryténoïdiens associée à celle des muscles thyro-aryténoïdiens.

Enfin, à l'examen laryngoscopique, on voit assez souvent,

pendant les efforts de phonation, les bandes ventriculaires se juxtaposer et arriver pour ainsi dire au contact, cherchant à suppléer dans une certaine mesure le défaut d'action des véritables cordes.

Le trouble musculaire peut être plus prononcé d'un côté que de l'autre, mais il est rare qu'il n'occupe pas les deux côtés en même temps.

Diagnostic. —Le diagnostic est en général facile à l'examen direct. Seule la paralysie des crico-thyroïdiens pourrait en imposer pour un défaut d'action des muscles intrinsèques des cordes vocales. Mais dans ces cas les cordes sont simplement grises et ternes et ne présentent pas cet aspect irrégulier et enflammé qui est le propre de la paralysie des thyro-aryténoïdiens. De plus, en faisant basculer le cricoïde, on peut suppléer au défaut d'action du crico-thyroïdien et améliorer momentanément l'émission vocale.

Pronostic. — Le pronostic de la paralysie thyro-aryténoïdienne varie avec la cause qui l'a produite. Il devient sombre lorsqu'il s'agit de personnes pour lesquelles la voix constitue un véritable instrument de travail. C'est ainsi que chez les chanteurs, en dehors des cas d'inflammation catarrhale aiguë, si la paralysie est la conséquence d'une fatigue vocale, on peut considérer cette situation comme susceptible de faire perdre à tout jamais au timbre vocal sa pureté et sa sonorité.

PARALYSIE DE L'ARY-ARYTÉNOIDIEN

Signalée par Turck, Mandl, Bayer, Lemarchand, Elsberg, etc., la paralysie des ary-aryténoïdiens a surtout été étudiée en France sous mon inspiration, par le Dr Lecointre, qui fit, en 1882 de cette étude, le sujet de son travail inaugural.

Les causes de la paralysie de ce muscle sont celles dont j'ai déjà parlé d'une façon générale, à propos des paralysies isolées des muscles du larynx.

SYMPTOMES. — Les auteurs sont restés longtemps en désaccord sur les troubles vocaux consécutifs à la paralysie isolée de l'ary-aryténoïdien. Pour Mandl, seul le registre supérieur de la voix était perdu, tandis que pour Elsberg, on observait simplement de la raucité et de l'enrouement.

Pour ma part, j'ai toujours constaté dans les *paralysies complètes* une aphonie absolue. Malgré le rapprochement exact des cordes dans les deux tiers antérieurs, le malade est aussi aphone qu'il l'est dans la paralysie des constricteurs.

C'est seulement dans les cas où le muscle est simplement parésié, ou pour ainsi dire à moitié paralysé, que la voix devient alors rauque et non aphone. On peut dire que les modifications du timbre vocal permettent d'établir les différents degrés de la paralysie aryténoïdienne.

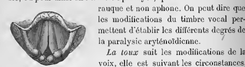


Fig. 149. — Aspect schématique du larynx dans la parésie de l'ary-aryténoïdien.

La toux suit les modifications de la voix, elle est suivant les circonstances, sonore, rauque, croupale ou aphone.

La déglutition n'est nullement troublée. *La respiration* est normale, à peine gênée chez les enfants, pendant la nuit peut-être, à cause du gonflement de la muqueuse inter-aryténoïdienne qui accompagne souvent chez eux cette paralysie[1].

A l'examen laryngoscopique, si l'on a présents à la mémoire la situation du muscle ary-aryténoïdien et son rôle physiologique, il est aisé de comprendre les troubles qui seront la conséquence de son défaut d'action. Si la paralysie est complète, on voit pendant la phonation les deux aryténoïdes rester écartés l'un de l'autre, presque dans la situation inspiratoire. L'image laryngoscopique schématique sera constituée par un triangle glottique à base postérieure et à sommet remontant à peu près jusque vers le tiers antérieur ou postérieur des cordes vocales.

[1] Chez l'enfant, en effet, la toux croupale et les accès de suffocation sont la conséquence d'une infection aiguë de la muqueuse laryngée, dont j'ai parlé à propos de la laryngite striduleuse (V. p. 318).

Malheureusement, cet aspect caractéristique en apparence, de la paralysie ary-aryténoïdienne ne se rencontre pas dans la pratique. On observe toujours dans ces cas, une sorte de contraction exagérée de tous les muscles accessoires du larynx qui ratatinent l'organe sur lui-même et non seulement placent les bandes ventriculaires au-dessus des cordes vocales, mais abaissent fortement l'épiglotte, au point que c'est à peine s'il est possible de voir la région ary-aryténoïdienne. C'est plutôt au moment de l'inspiration que l'on aperçoit les aryténoïdes écartés l'un de l'autre, alors que le triangle glottique s'ouvre à peine vers la partie antérieure.

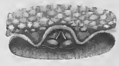


Fig. 141. — Aspect de l'image laryngoscopique dans la paralysie complète du muscle ary-aryténoïdien (Moure).

Si la paralysie est incomplète, les cordes vocales se mettent en contact presque jusqu'à leur partie postérieure, en laissant cependant entre elles, à ce niveau, un espace assez marqué. Le larynx est alors moins ramassé sur lui-même, l'épiglotte est moins abaissée et il est généralement plus facile de voir le triangle glottique postérieur à sommet d'autant plus antérieur, que la parésie est moins complète. C'est à ces cas que s'appliquent les troubles phonétiques peu marqués, signalés par Elsberg et quelques autres auteurs.

Diagnostic. — Cette paralysie est parfois difficile à reconnaître. En effet, le larynx est tellement replié sur lui-même pendant l'effort vocal, que la muqueuse paraît rouge, turgescente et semble tuméfiée, aussi un œil peu exercé confond-il volontiers une paralysie complète de l'ary-aryténoïdien avec une laryngite inflammatoire œdémateuse grippale ou autre. Pour s'assurer du caractère exact

de l'affection, il faut, à différentes reprises, faire respirer le malade, voir si le gonflement disparaît pendant la respiration normale, si les aryténoïdes subissent un mouvement de va-et-vient physiologique ou si au contraire ils restent immobiles pendant les efforts vocaux et pendant la respiration tranquille.

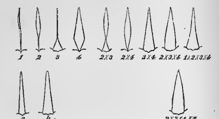


Fig. 142. — Schéma des paralysies des muscles du larynx (d'après Elsberg). Le premier rang comprend les paralysies se traduisant par du coulage phonatoire; le deuxième à gauche = 5 (*a* et *b*), les paralysies des dilatateurs récentes et anciennes; la figure de droite (2 × 3 × 4 × 5), la paralysie des muscles constricteurs; les cordes restent immobiles pendant la phonation et l'inspiration.

Paralysies isolées : 1, paralysie des tenseurs crico-thyroïdiens; les cordes sont sinueuses. — 2, paralysie des thyro-aryténoïdiens. — 3, paralysie de l'ary-aryténoïdien. — 4, paralysie des crico-aryténoïdiens latéraux.

Paralysies combinées : 2 × 3, paralysie des thyro-aryténoïdiens et de l'ary-aryténoïdien. — 2 × 4, paralysie des thyro-aryténoïdiens et des crico-aryténoïdiens latéraux. — 3 × 4, paralysie des crico-aryténoïdiens latéraux et de l'ary-aryténoïdien. — 2 × 3 × 4, paralysie des crico-aryténoïdiens latéraux, des thyro-aryténoïdiens et de l'ary-aryténoïdien. — 1 × 2 × 3 × 4, paralysie de tous les constricteurs. — 5 (*a* et *b*), paralysie des dilatateurs. — 2 × 3 × 4 × 5, paralysie de tous les muscles du larynx.

Les tumeurs ou les infiltrations inter-aryténoïdiennes empêchant le rapprochement des deux aryténoïdes se voient ordinairement d'une façon très nette à l'examen direct ; leur existence suffit pour faire rejeter le diagnostic de paralysie simple.

L'ankylose double s'accompagne de symptômes appréciables, sur lesquels je crois inutile d'insister. Je le répète, l'absence de toute lésion de la muqueuse permet de reconnaître l'existence de la paralysie.

MARCHE. DURÉE. — La marche et la durée des lésions que je viens d'étudier sous le nom de paralysie isolée des muscles du larynx dépendent absolument de la nature de l'affection et de la cause qui l'a produite.

Si la maladie est d'origine inflammatoire catarrhale, la durée est ordinairement courte. Si l'hystérie est en cause, on voit la motilité reparaître dans le muscle paralysé aussi rapidement qu'elle avait disparu et réciproquement.

PRONOSTIC. — Le pronostic est également sous la dépendance du facteur étiologique qui a produit le trouble musculaire.

TRAITEMENT DES PARALYSIES LARYNGÉES

Le traitement des paralysies du larynx doit s'adresser à la cause qui les produit.

Si le trouble musculaire est lié à une affection générale, hystérie, rhumatisme, ce sera d'abord cette altération morbide qu'il conviendra de combattre par des moyens appropriés. Si au contraire il est la conséquence d'une compression, il faudra dans la limite du possible, supprimer l'obstacle qui empêche les nerfs de remplir leurs fonctions. Ce sera la seule manière de faire disparaître le trouble qui en résulte. Il faut avouer cependant qu'il est bien des cas où le traitement ne peut être efficace parce que la lésion causale est au-dessus de nos moyens d'action.

Le second mode de traitement qui doit être surtout étudié dans ce chapitre comprend la thérapeutique locale. S'agit-il d'une paralysie inflammatoire, c'est à l'aide du repos, aidé de pulvérisations et d'attouchements des cordes, avec des solutions de chlorure de zinc ou de nitrate d'argent, etc., etc., que l'on parviendra à guérir les troubles musculaires qui en résultent.

Si ces différents moyens échouent, on préconisera soit le massage extérieur fait avec la main ou avec le moteur électrique, soit l'électrisation sous forme de courants faradiques ou continus, suivant les cas et les formes de maladie. L'électrisation pourra être employée d'abord extérieurement, les deux pôles étant placés sur

les points d'insertion du muscle ou des muscles paralysés. C'est ainsi que pour électriser le crico-thyroïdien, on mettra l'une des électrodes sur l'insertion thyroïdienne de ce muscle tandis que l'autre sera appliquée au niveau du point cricoïdien.

Si la paralysie a frappé les constricteurs, l'un des pôles pourra être placé à la nuque, et l'autre au-devant du larynx ou successivement sur les côtés du cou, dans les points correspondant aux aryténoïdes. D'autres fois on appliquera les électrodes de chaque côté de l'organe vocal, vers la région aryténoïdienne. Pendant cette électrisation ou pendant les séances de massage, il faudra conseiller au malade la gymnastique vocale, c'est-à-dire le prier de prononcer à voix aussi haute que possible et lentement les diverses voyelles de l'alphabet, *a*, *e*, *i*, *o*, *u*. Quelquefois même on fera émettre des sons bien posés et tenus assez longtemps, au besoin même, si le malade sait, ou peut chanter, il devra monter la gamme sur différentes voyelles en faisant, entre chaque son, une longue et profonde inspiration.

Il n'est pas rare, dans les paralysies nerveuses hystériques, de constater sur l'un des côtés de l'organe vocal de véritables zones phonogènes dont la compression suffit pour rendre l'intégrité vocale. Quelquefois en faisant relever la tête du malade et en rapprochant le cartilage cricoïde du thyroïde, on rend à la voix son timbre normal, tandis que chez d'autres c'est le contraire qu'il faut faire, c'est-à-dire rapprocher le cricoïde du thyroïde.

Il est difficile d'envisager ici les différents modes de traitement que l'on peut appliquer à ces sortes de paralysies, étant données les différentes modalités cliniques de cette névrose. Très souvent chez ces sortes de malades les moyens les plus invraisemblables peuvent réussir alors que les traitements rationnels ont échoué. Le souffle électrique, ou même l'air projeté par un ventilateur mû à l'électricité m'ont permis bien des fois de guérir des aphonies nerveuses rebelles à l'électrisation extra-laryngée.

Toutefois il est des cas dans lesquels les différentes méthodes externes que je viens d'indiquer ne réussissent pas malgré leur application fréquente et patiente. Il faut alors recourir à l'électrisation endo-laryngée qui se pratique soit en plaçant un pôle au

niveau de la pomme d'Adam, pendant que l'autre est porté sur les cordes vocales elles-mêmes, ou bien à l'aide d'une électrode double que l'on place sur la région postérieure du larynx, ou sur les rubans vocaux eux-mêmes.

L'intensité du courant doit être proportionnée au degré de la paralysie observée, à la résistance et à la tolérance plus ou moins grande des malades. Il est bien rare que la mise en contact du courant électrique avec les cordes ne ramène pas immédiatement la voix perdue. C'est seulement dans les paralysies graves,



Fig. 143. — Électrode double intra-laryngée.

A, tige conductrice. — B, division intérieure de cette tige. — x, prises de courant.

d'origine myopathique ou consécutives à des troubles d'origine centrale, ou à des compressions anciennes que ce moyen thérapeutique reste sans effet, tandis que dans les formes neuropathiques il réussit merveilleusement.

Parfois le médecin doit avoir en vue non la paralysie elle-même mais les troubles qui en résultent. C'est ainsi que lorsque les deux dilatateurs sont atteints, la respiration se trouve compromise, au point qu'il faut intervenir par l'ouverture des voies aériennes (Trachéotomie).

Dans les formes douteuses, lorsque la cause de la perte du mouvement n'est pas facile à établir, on pourra prescrire soit un traitement mixte (biioduré), soit des iodures et des badigeonnages iodés sur le trajet des récurrents, soit encore du salicylate de soude, si l'on soupçonnait une infection rhumatismale.

SPASMES DES MUSCLES DU LARYNX

On désigne ainsi une contraction passagère ou durable de tout ou d'une partie seulement des muscles du larynx. On peut classer ces troubles morbides de la manière suivante : 1° Spasmes fonctionnels ; 2° par irritation directe ; 3° d'origine périphérique ; 4° d'origine centrale ; 5° réflexes ; 6° Spasmes liés à une affection générale. Nous allons passer successivement en revue ces différents états pathologiques.

SPASMES FONCTIONNELS OU DES MUSCLES PHONATEURS

Sous le nom de spasmes fonctionnels on comprend une sorte de crampe professionnelle des muscles présidant à la fonction de la voix. Cette affection a été décrite sous des noms assez variés ; c'est ainsi qu'elle a reçu les dénominations de : contracture des muscles phonateurs (Elsberg) ; spasme phonique (Koch) ; mog.-phonie, fatigue de la voix (B. Fraenkel, Bresgen) ; dysphonia spastica (Schech).

Étiologie. — Cette névrose est généralement la conséquence d'une fatigue vocale exagérée. On peut en quelque sorte comparer le spasme phonique à la crampe des écrivains, des joueurs de piano, de violon, des sténographes, etc. Il faut compter aussi avec l'hystérie, facteur important des troubles moteurs ou sensitifs. D'autres fois c'est dans les fosses nasales qu'il faut chercher l'explication des phénomènes constatés. C'est ainsi qu'à la suite de dégénérescences polypoïdes, d'hypertrophies ou de tumeurs variées de la pituitaire, on peut observer ce trouble neuro-musculaire réflexe (Bresgen). Les inflammations aiguës de la muqueuse de l'arrière-gorge ou du larynx, suffisent très souvent pour occasionner cette sorte d'asynergie musculaire spasmodique.

On a également incriminé les goitres plus ou moins volumineux,

mais peut-être s'agissait-il dans ces cas de véritables irritations récurrentielles.

Enfin, le spasme phonique peut être d'origine centrale ; nous reviendrons un peu plus loin sur cette variété de troubles moteurs.

Symptômes. — Le symptôme fonctionnel capital est l'altération vocale qui résulte de la contraction brusque, rapide et exagérée des muscles phonateurs. Au moment où le malade veut émettre un son, parler, lire à haute voix ou chanter, le son est étouffé, haché, ne sortant qu'à demi ou même pas du tout ; il se produit, comme l'a fort bien dit M. Koch, un véritable bégaiement de cordes vocales, dont l'intensité peut être extrêmement variable.

L'aphonie est habituellement complète. Le malade *donne la sensation d'un sujet faisant des efforts exagérés* pour contracter ses cordes vocales, sans pour cela arriver à faire sortir un son. Les altérations de la voix varient, du reste, suivant que ce dernier est transitoire (Jurasz), ou permanent (Michael). Habituellement, il porte sur les muscles phonateurs Aussi les troubles vocaux constituent-ils le principal symptôme de l'affection.

La toux, le rire, le chuchotement, s'effectuent normalement, sauf dans les cas graves, où ces diverses fonctions peuvent être compromises. La respiration est ordinairement intacte.

A l'examen laryngoscopique, pendant le repos, la muqueuse laryngée paraît saine. Ce n'est qu'au moment des efforts de phonation que l'on voit les cordes vocales subitement contractées se rapprocher brusquement, se juxtaposer d'une façon énergique, parfois même chevaucher l'une au-dessus de l'autre. Suivant que le spasme se localise aux muscles postérieurs ary-aryténoïdiens, ou aux thyro-aryténoïdiens, on peut avoir des séries d'images passagères très variables dans leurs formes. Tantôt on voit les deux aryténoïdes venir frotter énergiquement l'un contre l'autre, en produisant le rapprochement brusque des cordes en arrière, tandis que d'autres fois c'est par une sorte d'ondulation antéro-

postérieure que les lèvres glottiques viennent se rejoindre, la région postérieure restant presque béante. Il est facile de constater cette sorte de contraction spasmodique qui empêche la formation de l'anche vocale, expliquant l'aphonie tout à fait spéciale et très caractéristique dans ces cas.

Marche Durée. Terminaison. — La marche de la maladie découle de la cause qui l'a produite. Ordinairement léger au début, le spasme peut aller en augmentant, si le malade ne prend pas les précautions nécessaires pour en éviter l'aggravation. Une émotion un peu vive, chez les sujets nerveux, suffit très souvent à exagérer momentanément le trouble musculaire. La durée de l'affection est donc extrêmement variable, passagère dans quelques cas, elle devient parfois d'une ténacité vraiment désespérante, au point de troubler, pendant des mois et même des années, la phonation des sujets qui en sont porteurs. La guérison est ordinairement la règle.

Pronostic. — Il est surtout grave chez les personnes ayant besoin de leur voix, car s'il est toujours possible de les guérir par un traitement approprié, il n'est pas rare aussi de voir se produire des récidives, même dans des cas bénins en apparence.

C'est seulement lorsque les troubles sont d'origine névropathique ou nasale, que ces sortes de spasmes professionnels jouissent d'un pronostic moins sombre. Lorsqu'ils résultent d'une simple fatigue vocale, ils disparaissent habituellement par le repos plus ou moins prolongé.

Diagnostic. — Le diagnostic est facile, car les modifications de la voix et les résultats fournis par l'examen du larynx sont tellement caractéristiques, qu'on ne pourrait confondre l'aphonie spasmodique avec aucune autre lésion.

Traitement. — On combattra d'abord la cause du mal, si on la connaît. D'une manière générale le repos sera la première prescription à formuler ; viendra ensuite la gymnastique vocale mé-

thodique, commençant d'abord par un exercice respiratoire régulier et bien rythmé; puis on prescrira des exercices de chant accompagnés de massage du larynx ou d'électrisation (courants continus de préférence).

L'hydrothérapie, les attouchements de la muqueuse laryngée avec une solution de cocaïne au 1/10 pourront également être essayés, pendant que l'on administrera à l'intérieur, suivant les cas, soit du bromure de potassium, du valarianate d'ammoniaque, ou simplement des toniques.

Si la lésion est d'origine nasale, c'est du côté de cette membrane muqueuse qu'il faudra faire le traitement, de manière à rétablir la respiration par le nez.

Généralement avec un peu de patience de part et d'autre, on arrivera graduellement à une guérison définitive

Voix eunuchoïde. — Comme suite au spasme phonique, je dois dire quelques mots de la voix eunuchoïde. Il arrive parfois chez certains adultes du sexe masculin, qu'au moment de la mue, la voix au lieu de se modifier dans son timbre et de devenir grave comme semble le comporter le développement de l'organe vocal, conserve au contraire une tonalité aiguë ressemblant à la voix infantile. Lorsque le sujet porteur de ce trouble local veut emettre un son, lire à haute voix et même parler, il le fait en voix de fausset, presque comme s'il avait encore son larynx d'enfant. Quelquefois le jeune homme paraît être atteint d'une laryngite catarrhale avec les troubles musculaires qui en résultent. C'est ainsi que pendant la prononciation d'une phrase, tantôt il émet un son grave et rauque et tantôt une note en voix de fausset. Il existe comme une sorte de désorganisation vocale par asynergie des musles qui commandent au fonctionnement des cordes pendant la phonation.

Cette voix eunuchoïde dépend habituellement du défaut de fonctionnement régulier des muscles du larynx, le sujet ainsi atteint ne sachant faire usage que d'une partie restreinte de son anche vocale. On l'observe également chez des jeunes gens dont la mue s'est effectuée d'une façon rapide, vers l'âge de dix-sept

à dix-huit ans, et dont les cordes s'étant subitement allongées n'ont pas eu le temps de s'habituer à leur nouvel état. Il en résulte une sorte de trouble de l'accommodation vocale, qui se traduit par une contraction partielle des cordes et la conservation de la voix infantile.

Ruault pense aussi que la voix eunuchoïde est quelquefois le résultat d'un arrêt, d'une insuffisance ou d'une irrégularité de développement du larynx au moment de la puberté. J'avoue que ni mon expérience, ni celle de Garel qui a particulièrement étudié cette intéressante question, ne concordent avec cette manière de voir. Du reste, tous les malades que j'ai eu l'occasion d'observer ont guéri, en quelques jours, par un traitement rationnel et régulier.

Le *traitement* de cette sorte de trouble vocal tout à fait particulier et très caractéristique, consiste surtout en gymnastique vocale. Il faut d'abord apprendre le malade à respirer largement, à exhaler de véritables soupirs bruyants, à râler même et une fois ce premier temps accompli on prie le sujet de baisser la tête, le menton en bas, de manière à relâcher complètement ses cordes vocales; une fois dans cette position on le prie d'émettre un son grave en voix dite de poitrine. Au besoin on facilitera l'émission de cette note en rapprochant le cricoïde du cartilage thyroïde. Dès que l'on aura ainsi obtenu un son grave, on fera prononcer sur le même ton une syllabe, puis un membre de phrase, lentement scandé, puis une phrase tout entière. Grâce à ces manœuvres la voix change vite de caractère et, comme l'a très bien fait remarquer Garel, elle prend un timbre grave, car ce sont toujours les grands larynx, de barytons graves ou de basses chantantes qui présentent ce trouble phonétique.

SPASMES PAR IRRITATION DIRECTE

Les spasmes par irritation directe s'observent dans le cours de l'inflammation aiguë de la muqueuse vocale, chez quelques malades nerveux prédisposés à ces sortes d'accès; c'est ainsi qu'ils

sont fréquents chez les enfants atteints de catarrhe aigu du larynx; ils peuvent même prendre chez ces derniers une intensité telle qu'ils méritent une description spéciale (laryngite striduleuse). L'œdème brusque, aigu de la muqueuse vocale, faisant office de véritable corps étranger, peut aussi devenir le point de départ de spasmes. De même les tumeurs pédiculées volumineuses, sont susceptibles, au moment où elles se déplacent, de titiller les points de la muqueuse avec lesquels elles ne sont pas en contact habituel, devenant ainsi l'occasion d'un spasme des cordes vocales. Cependant, il est assez ordinaire de voir la membrane du larynx s'habituer à ces frottements répétées, qui finissent par ne plus déterminer de phénomènes réflexes. Toutefois, lorsque le néoplasme a acquis un volume assez considérable pour gêner l'entrée de l'air dans les voies aériennes, le spasme, si léger soit-il, ne fait qu'augmenter la sténose respiratoire. Les corps étrangers, au moment de leur introduction dans l'arbre respiratoire, déterminent une véritable révolte du sphincter laryngé, produisant un spasme plus ou moins violent, suivant la nature du corps introduit.

Les liquides produisent le phénomène connu sous le nom d'engouement, c'est-à-dire une toux spasmodique qui se calme généralement après quelques instants. C'est particulièrement lorsqu'ils pénètrent dans la région postérieure inter-aryténoïdienne, qu'ils déterminent ce phénomène. Les inhalations de vapeurs ou poussières irritantes, acide sulfureux, ipéca en poudre, etc., occasionnent aussi une véritable suffocation momentanée. Certains topiques introduits volontairement dans le larynx, dans un but thérapeutique, peuvent également amener du spasme. Telles sont au premier chef, les solutions concentrées d'acide chromique de nitrate de mercure, de nitrate d'argent, d'acide lactique, etc., etc.

C'est ordinairement chez les malades à fosses nasales obstruées dont on traite la muqueuse vocale pour la première fois, que ces accès spasmodiques sont les plus fréquents et atteignent parfois une violence bien faite pour effrayer le médecin peu habitué aux manœuvres laryngoscopiques. On peut même observer chez quelques sujets nerveux cette contracture passagère des muscles du

larynx, après un simple badigeonnage de la paroi pharyngienne, ou un abaissement forcé de la langue (Moure, Bouchut), si l'on opère pendant le mouvement inspiratoire.

Symptômes. — La caractéristique du spasme par irritation directe est de survenir au moment précis où l'une des causes que je viens d'énoncer entre en action. Par conséquent, son début est brusque; il est parfois précédé d'une sensation de chatouillement qui provoque une toux quinteuse composée d'une série d'inspirations rapides auxquelles succède une inspiration sonore, sifflante, tout à fait caractéristique. Il peut débuter d'emblée par cet appel bruyant de l'air pénétrant difficilement entre les cordes contractées. L'expiration est courte et insuffisante car le malade se hâte de reprendre son haleine, ce qu'il fait toujours avec beaucoup de difficulté. Pour peu que cet état se prolonge, la face du patient se congestionne, ce dernier se lève sur son séant, courant à la fenêtre, le corps plié en avant, les lèvres entr'ouvertes, cherchant l'air qui ne s'introduit pas dans ses poumons. Si la situation dure quelques instants, c'est l'asphyxie, et quelquefois même la mort qui termine la scène.

Marche. Durée. Terminaison. — L'exposé qui précède indique non seulement les différentes formes de spasme laryngé par irritation directe, mais aussi la marche de cette affection. Il est assez habituel de voir se reproduire le spasme chaque fois que la cause déterminante vient à agir, mais il peut très bien ne pas revêtir toujours la même intensité. C'est ainsi par exemple qu'un topique porté dans le larynx, ayant une première fois occasionné une contraction violente, pourra à la deuxième ou troisième application ne produire qu'une légère sensation de constriction méritant à peine le nom de spasme. Il en est de même pour les vapeurs ou poussières auxquelles la muqueuse finit par s'habituer peu à peu.

La durée du spasme glottique est généralement assez courte, s'il est violent. Mais si l'air pénètre encore un peu dans les voies aériennes, la respiration sifflante se prolonge pendant plusieurs minutes voire même pendant plus d'une heure, comme le fait

s'observe à la suite de certains attouchements caustiques de la muqueuse vocale.

Dans les cas de corps étranger, la crise se reproduit à chaque déplacement subi par ce dernier; c'est même un signe assez caractéristique sur lequel je reviendrai dans un chapitre ultérieur (voir p. 602). Si l'apnée est complète, l'asphyxie peut en être la conséquence. Habituellement, à cette période, le spasme cesse et le malade peut alors reprendre sa respiration, à moins qu'il ne succombe par arrêt du cœur.

Cette terminaison fatale s'observe surtout chez les cardiaques ou chez les sujets atteints de dilatations anévrysmales, dont le spasme occasionne la rupture.

Pronostic. — Il découle naturellement de l'exposé que je viens de faire. Il est bénin dans la grande majorité des cas.

Diagnostic. — Je n'insisterai pas sur le diagnostic. Les anamnestiques d'une part, et l'examen du larynx de l'autre permettent en général de savoir à quelle cause on peut attribuer la lésion et par conséquent de connaître les moyens de la combattre.

Quant au diagnostic du spasme lui-même, il présente des symptômes trop caractéristiques pour qu'il soit possible d'insister sur la nature de la gêne respiratoire passagère, dont se plaint le malade.

Traitement. — Le premier traitement sera prophylactique, il consistera à soustraire le malade aux causes susceptibles de déterminer la laryngite spasmodique C'est ainsi que l'on combattra les poussées inflammatoires ou œdémateuses, par les moyens que j'ai indiqués. S'il existe une tumeur ou un corps étranger, on doit en pratiquer l'extraction.

Le spasme est-il le résultat d'applications topiques ou d'inhalations irritantes ? On doit dans ce cas habituer progressivement la muqueuse laryngée aux attouchements caustiques ou astringents, faire en quelque sorte l'éducation de l'organe avant d'employer les topiques qui déterminent ces accès de spasmes redoutables

parfois, et toujours désagréables pour le patient et pour le médecin.

Il faut savoir aussi que ces sortes de contractures sont notablement diminuées de fréquence et d'intensité si l'on a la précaution d'appliquer le caustique après avoir anesthésié la muqueuse vocale avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/15 ou au 1/10). Dans tous les cas, lorsqu'on est à même do pratiquer un premier attouchement du larynx, il faut s'assurer que la respiration nasale s'effectue normalement. S'il y a une gêne quelconque de ce côté, il ne faut pas hésiter, à pratiquer d'abord le badigeonnage de cette muqueuse avec une solution d'adrénaline au 5/1000, voire même une solution adrénalisée et légèrement cocaïnée. Sous l'influence de cette application la pituitaire subit une rétraction considérable, qui rend ainsi possible le passage de l'air et par conséquent permet aux malades de reprendre haleine par cette voie, en fermant hermétiquement la bouche aussitôt la cautérisation laryngée occomplie.

Cette manière de faire a pour résultat immédiat d'empêcher le spasme de se produire, ou tout au moins de l'atténuer s'il existe déjà.

Le traitement de l'accès lui-même consiste à *empêcher le sujet de chercher l'air avec avidité, en ouvrant la bouche largement; il faut au contraire le prier de retenir son souffle pendant quelques instants* pour reprendre ensuite doucement sa respiration par le nez.

Tel est le procédé par lequel on modifie l'état spasmodique, tel est aussi le meilleur moyen pour éviter sa production.

Si le spasme se produit par l'abaissement forcé de la langue, il faut avoir soin de déprimer simplement le tiers antérieur de cet organe avec douceur et lentement de manière à faire prendre confiance au malade, et le prier dans tous les cas de faire une expiration en émettant la voyelle A. On évitera autant que possible de mettre l'abaisse-langue pendant un mouvement d'inspiration et surtout on cherchera à ne pas refouler la base de la langue sur l'orifice du larynx dont l'épiglotte rabattue pourrait occasionner le début de la crise.

SPASMES D'ORIGINE PÉRIPHÉRIQUE

Ces sortes de spasmes sont la conséquence de l'irritation plus ou moins vive des nerfs pneumogastriques ou de leurs branches récurrentes. C'est pour ainsi dire la première étape de la paralysie récurrentielle. Nous retrouverons donc ici les différentes causes susceptibles d'occasionner ce trouble de la motilité laryngée. A ce titre, on peut signaler les hypertrophies des lobes latéraux du corps thyroïde, les néoplasmes malins de la trachée ou du tiers supérieur de l'arbre aérien. Les tumeurs anévrysmales de l'aorte (récurrent gauche) ou de la sous-clavière (récurrent droit). Les indurations du sommet du poumon droit en particulier, certains abcès du cou, les plaies de cette région, enfin et surtout l'hypertrophie passagère ou durable des ganglions péri-trachéaux. Cette adénopathie bien connue aujourd'hui grâce aux travaux de Guéneau de Mussy, Baretty, Leval-Piquechef, Gouguenheim, Jules Simon, etc., est une des causes les plus fréquentes d'irritation des nerfs laryngés ou pneumogastriques, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Je ne retracerai pas ici l'histoire de l'adénopathie trachéo-bronchique bien étudiée par les auteurs que je viens de citer, je me bornerai à insister d'une façon toute spéciale sur cette étiologie souvent trop méconnue, de certaines toux à caractère spasmodique.

Il est bien évident que le trouble spasmodique ne se produira que s'il y a irritation des filets nerveux et non abolition de la fonction ; dans ce cas, ce serait la paralysie unilatérale ou double en présence de laquelle on se trouverait.

Symptômes. — Au début, alors que l'excitation est légère, le malade se plaint d'une simple sensation de chatouillement dans l'arrière-gorge, d'un véritable prurit qui le force à tousser, comme s'il voulait se débarrasser d'une mucosité arrêtée dans le larynx : la toux est sèche, saccadée, nerveuse, se reproduisant avec une ténacité opiniâtre qui exaspère le malade et souvent son entourage.

A un degré plus avancé, ce n'est plus un simple hem brusque et rapide, mais une série d'expirations occasionnant une toux quinteuse, coqueluchoïde, avec reprise plus ou moins sifflante, parfois même arrêt de la respiration par exagération du spasme laryngé.

Lorsque cette dernière étape est franchie, l'irritation nerveuse est généralement arrivée à son comble, elle devient permanente, souvent même la paralysie de l'un des rubans vocaux est la conséquence de l'aggravation qui se produit sur le trajet du nerf.

Un fait important dans la symptomatologie des spasmes d'origine périphérique est l'apparition ou la diminution du phénomène, sa cessation même, dans certaines positions de la tête ou du cou.

C'est particulièrement dans les cas de tumeurs de cette région et même d'adénopathie que le changement de position du sujet influe sur l'élément spasmodique.

L'examen laryngoscopique fournit habituellement un résultat négatif; à peine trouve-t-on un peu de rougeur de la partie postérieure des cordes et de la région inter-aryténoïdienne, lorsque la toux est incessante ou si le spasme se renouvelle fréquemment.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche de cette névrose varie avec la cause qui en a déterminé son éclosion. Si elle est d'origine néoplasique, il est habituel de voir la toux spasmodique au début être remplacée par la perte du mouvement de la ou des cordes vocales correspondant au récurrent comprimé. Dans les cas d'adénopathie, de goitre, voire même d'induration pulmonaire, l'irritation nerveuse subit soit spontanément, soit sous l'influence du traitement approprié à la cause de l'irritation locale des oscillations variables. Aussi cette forme de spasme peut-elle disparaître par moments pour se reproduire ensuite, si la cause qui en avait déterminé l'apparition se manifeste à nouveau.

Pronostic. — Il dépend de la cause productrice du trouble musculaire; toutefois il est rare que ce dernier soit assez intense pour mettre en danger la vie du malade ou nécessiter une intervention chirurgicale. L'existence de ce symptôme constitue plutôt une

gêne par la toux intense ou les accès de suffocation qui en résultent, qu'un véritable danger.

Diagnostic. — Le diagnostic consiste surtout à rechercher la cause première de l'irritation nerveuse de manière à tâcher de la supprimer. Il faut avouer que le problème n'est pas toujours facile à résoudre. Souvent même l'examen méthodique des organes qui sillonnent le trajet des pneumogastriques ou des récurrents ne permet pas de reconnaître la nature de l'irritation. La radioscopie ou la radiographie pourront dans certains cas fournir des éléments précieux de diagnostic dont il faudra savoir profiter à l'occasion

Traitement. — Une fois la cause du symptôme reconnue, c'est à cette dernière qu'il faudra tout d'abord s'adresser. Dans les cas douteux, on prescrira de l'iodure de potassium ou de sodium à des doses variables, suivant la tolérance du malade. On pourra même essayer l'emploi de révulsifs sur le trajet des filets nerveux (teinture d'iode, vésicatoires, pointes de feu, chlorure de méthyle, etc.). En cas d'insuccès, la morphine, le chloral, employés seuls ou associés au bromure de potassium pourront procurer quelques moments de calme aux malades.

De même les pulvérisations de chlorhydrate de cocaïne associé à du bromure ou de l'antipyrine, constitueront aussi des topiques de choix dont il faudra savoir faire usage à l'occasion. Le salicylate de soude lui-même sera susceptible chez quelques rhumatisants, de donner des résultats inattendus.

Enfin, dans d'autres cas, c'est la progression du mal lui-même qui viendra mettre un terme à l'irritation du filet nerveux en annihilant ses fonctions et en déterminant l'atrophie de ses ramifications.

SPASMES D'ORIGINE CENTRALE

Bien que l'histoire des spasmes laryngés d'origine centrale date en réalité des travaux de Ferréol, Martin (1874), Jean (1878), Boudet (1879), il faut cependant arriver jusqu'à l'année 1880 pour

trouver le premier travail complet publié sur la question par MM. Krishaber et Charcot. Peu de temps après, en 1881, M. Cherchewski réunit dans un mémoire important, publié dans la *Revue de Médecine,* une série d'observations qu'il classa pour établir définitivement les relations existant entre les accidents laryngés et l'ataxie locomotrice. Depuis cette époque, les faits de ce genre se sont multipliés au point qu'aujourd'hui il serait difficile de les grouper tous. Je me bornerai à citer parmi les travaux les plus connus les observations de Gasquet, Fournier, Munschina, Krause, Luc, Felici, Cartaz, Garel, etc., etc.

D'après des recherches faites par un certain nombre d'auteurs, en particulier par Krause, à l'hôpital de la Charité à Berlin, le spasme des muscles du larynx peut s'observer dans un certain nombre d'affection des centres nerveux. C'est ainsi qu'ils peuvent être la conséquence de la syphilis spinale, de tumeurs ou d'hémorragies cérébrales, de paralysies saturnines, de l'épilepsie, de la paralysie pseudo-bulbaire, de la paralysie générale progressive, de la sclérose en plaque, du railway-spine et du tabes. Dans la plupart de ces cas il existe ou des troubles de la sensibilité ou des paralysies des muscles du larynx, quelquefois même des contractures permanentes, mais dans l'ataxie locomotrice seule on voit se produire de véritables crises spasmodiques. On ne saurait en effet considérer comme tel, le tremblement des cordes rencontré par Krause dans un cas de paralysie saturnine.

Symptômes. — Je n'ai pas à exposer ici les symptômes du tabes en général. Je me bornerai à décrire les troubles spasmodiques que l'on est susceptible d'observer soit au cours de cette affection, soit comme signe prémonitoire. Avec MM. Krishaber, Charcot et Cherchewski, nous les classerons en trois groupes basés sur l'intensité des symptômes observés, ce seront :

1° Les accès de toux spasmodique simple ;

2° Les accès de suffocation allant jusqu'à la perte de connaissance ;

3° La forme sidérante, apoplectique avec asphyxie.

Quant au spasme chronique de Fournier et Munschina, il me

paraît être la conséquence obligée du rapprochement et de l'écartement brusque des cordes vocales et par conséquent rentrer dans le premier groupe.

1° *Accès de toux spasmodique.* — C'est la forme légère de l'attaque ; le malade éprouve à l'arrière-gorge comme une sorte de chatouillement, d'irritation ou de cuisson qui provoque un accès de toux quinteuse, convulsive, de courte durée, avec respiration sifflante. Après quelques secondes la face se cyanose, le malade devient anxieux, s'agite et brusquement la crise s'arrête pour reparaître ensuite trois ou quatre fois par jour. Althaus l'a même vue revenir quarante et cinquante fois dans la même journée. C'est la petite crise qui dans un cas rapporté par Guinon (cité par Munschina), a été accompagnée d'éructations et de troubles cardiaques (asystolie sans lésion appréciable du cœur).

2° *Spasmes suffocants.* — Dans une deuxième période, la crise laryngée se dessine plus nettement, le spasme devient assez violent pour occasionner la perte complète de connaissance, avec ou sans mouvements épileptiformes. C'est toujours la sensation initiale de brûlure à la gorge ou de resserrement qui ouvre la scène, puis brusquement les cordes se contractent, se rapprochent, la respiration devient striduleuse, le malade pâlit, il devient même bleu, cyanosé (Krishaber), son facies est vultueux, puis il tombe sans connaissance ayant eu généralement le temps de s'affaisser doucement. Cet état se prolonge durant plusieurs minutes pendant lesquelles se produit une série de mouvements convulsifs ordinairement limités aux membres supérieurs ou inférieurs. Le pouls est alors rapide, puis brusquement le spasme cesse, la respiration se rétablit, le malade reprend connaissance et tout rentre dans l'ordre jusqu'au moment d'une nouvelle crise. Cette dernière se produit en général sous l'influence de causes banales. Souvent je l'ai vue apparaître pendant l'acte de la déglutition, particulièrement en buvant ; elle peut aussi survenir pendant le sommeil.

3° *Spasmes apoplectiques.* — Le troisième groupe comprend une série d'accidents bien plus graves que les précédents. Dans ces cas, le malade pris tout à coup d'une véritable sensation de strangulation tombe sidéré avec tous les phénomènes d'une congestion cérébrale. La face se cyanose, elle est bouffie, les globes oculaires font saillie hors de l'orbite, l'apnée est presque totale. Le pouls quoique régulier est accéléré et affaibli. Des convulsions épileptiformes accompagnent cette crise violente dont la mort peut être la conséquence, à moins d'une intervention chirurgicale rapide.

Ordinairement le spasme se calme de la même manière qu'il était apparu; tout rentre dans l'ordre jusqu'au moment où se produit une nouvelle crise qui s'annonce presque toujours par cette sensation particulière de cuisson et de resserrement du côté du larynx, que l'on rencontre dans les crises plus légères.

La caractéristique de ces différentes toux convulsives est leur apparition soudaine, souvent même sans cause occasionnelle connue. Il est fréquent de constater chez ces malades une diminution plus ou moins notable de la sensibilité de l'arrière-gorge, souvent même elle est tout à fait abolie.

L'examen laryngoscopique pratiqué dans l'intervalle des crises fournit la plupart du temps des résultats négatifs. On a cependant constaté chez quelques malades, l'existence d'une paralysie ou d'une contracture passagère de l'une des deux cordes vocales.

Marche. Durée. — Les manifestations laryngées peuvent apparaître à la période prémonitoire du tabes (période pré-ataxique) ou lorsque cette affection est nettement confirmée. Ces phénomènes prodromiques sont même susceptibles de devancer l'apparition des autres signes de l'ataxie locomotrice de plusieurs années. On a cité des cas dans lesquels les spasmes étaient apparus treize ans avant la confirmation du mal (Cherchewski). J'ai vu souvent ces crises laryngées servir bien souvent à reconnaître une ataxie locomotrice ignorée.

Habituellement les accès sont assez légers au début, pour passer presque inaperçus; c'est seulement le jour où ils ont acquis une

importance capitale qu'ils attirent l'attention du malade et du médecin. La marche des accidents n'est pas toujours progressive, car le malade peut passer subitement de la première à la troisième étape, de même que les accès peuvent se répéter plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, ou laisser le malade tranquille pendant plusieurs jours et même plusieurs mois, pour apparaître ensuite sous une influence des plus légères.

Pronostic. — Les crises laryngées constituent par elles-mêmes une complication sérieuse du tabes, en ce sens qu'elles sont une circonstance aggravante de l'affection générale.

Anatomie pathologique. — D'une façon générale, à l'autopsie, on a trouvé des lésions bulbaires ou des altérations des racines des pneumogastriques, du spinal ou des troncs nerveux eux-mêmes, qui étaient réduits à des filaments très grêles.

Certains auteurs (Gieson) attribuent les crises laryngées plutôt aux névrites des troncs nerveux eux-mêmes qu'aux lésions centrales constatées à l'autopsie.

Quant aux modifications pathologiques des muscles du larynx elles sont plutôt la résultante que la cause des spasmes.

Diagnostic. — Lorsque le spasme apparaît à la période dite pré-ataxique, le diagnostic pourra offrir de réelles difficultés, surtout si la crise est légère. Il présente alors des analogies manifestes soit avec les spasmes par irritation périphérique, soit avec ceux que nous citerons plus loin sous le nom de spasmes réflexes.

C'est par l'examen attentif du malade, en éliminant toutes les causes de compression des filets nerveux en examinant avec soin les différents organes susceptibles de produire un spasme réflexe, surtout les fosses nasales, parfois même en cherchant les différents signes du tabes ou d'une autre affection nerveuse au début que l'on arrivera à poser son diagnostic.

Si l'examen laryngoscopique révèle l'existence d'un trouble parétique ou paralytique vocal, sans cause de compression appréciable, on pourra dans tous les cas rechercher l'existence de troubles résultant d'une affection centrale.

Lorsque la contracture laryngée revêt les formes graves suffocantes ou apoplectiques dont j'ai parlé plus haut, avec perte de connaissance, on peut, presque à coup sûr, la rattacher à l'ataxie locomotrice.

Traitement. — La crise laryngée n'étant en réalité qu'un épisode de l'histoire de la maladie nerveuse centrale, c'est le traitement de cette dernière qu'il faut d'abord essayer, je n'aurai donc pas à m'en occuper ici. Toutefois si les crises sont assez violentes pour mettre en danger la vie du malade, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'ouverture préventive des voies aériennes à l'aide de la trachéotomie.

Pendant l'accès de suffocation, la respiration artificielle, les inhalations d'éther ou de chloroforme, au besoin le tubage du larynx, permettront de parer au danger immédiat d'asphyxie.

SPASMES RÉFLEXES

Sous le nom de spasmes réflexes on comprend certains troubles spasmodiques des muscles du larynx, consécutifs à des lésions d'organes plus ou moins éloignés.

Étiologie. — Ces sortes de contractures passagères sont loin d'être rares; on les rencontre dans les cas d'irritation ou de lésions portant sur l'oreille, l'estomac, l'utérus et principalement sur les fosses nasales. C'est à John Mackenzie et surtout à Hack, de Fribourg, à Joal, Longuet et Ruault que l'on doit les travaux les plus importants sur cette série de troubles laryngiens.

La toux génitale ou utérine (toux sèche et spasmodique), s'observe soit à la suite de rapports sexuels pratiqués avec ou sans excès, soit après ou pendant la période menstruelle, sans que l'on puisse constater de lésions de l'utérus. La ligature du pédicule dans l'hystérectomie a déterminé de violents accès de spasmes du larynx. De même les différentes affections du col ou du corps de l'organe gestateur et en particulier les positions vicieuses de ce dernier (antéversion, rétroversion, etc.) peuvent faire appa-

raître le spasme laryngé. Ce symptôme survient ordinairement sous l'influence d'excitations psychiques plus ou moins violentes, chez des sujets prédisposés. Le sexe féminin paraît être plus particulièrement atteint, sans que les hommes soient à l'abri de cette névrose.

Tout le monde connaît les quintes de toux spasmodiques et même les véritables accès de suffocation qui accompagnent l'introduction du spéculum auris ou l'attouchement du conduit auditif de quelques malades. Dans les cas de lésions nasales, c'est à la suite d'un coryza hypertrophique, avec ou sans déviation de la cloison formant éperon et s'enfonçant dans la muqueuse tuméfiée. C'est également comme conséquence de lésions de la cavité naso-pharyngienne, dégénérescences polypoïdes, de vrais polypes où autres irritations, que l'on voit apparaître le spasme glottique. Quelques auteurs pensent même que les lésions stomacales, les troubles intestinaux (Secchi), les affections utérines ou génitales produisent la toux ou le spasme réflexe par l'intermédiaire de la muqueuse de Schneider. A ce sujet, Ruault a rappelé que le professeur Bouchard avait signalé la fréquence de coryzas chez les sujets atteints de dilatation de l'estomac. De même John Mackenzie, Joal et autres ont attiré l'attention sur les congestions nasales qui accompagnent les différentes lésions de l'utérus, de ses annexes, ou les excitations génitales.

Ici encore ces phénomènes apparaissent chez des sujets offrant à un degré plus ou moins marqué les symptômes de ce que l'on est convenu d'appeler le tempérament nerveux, facilement excitable. L'hystérie constitue donc de ce chef une prédisposition toute naturelle à cette affection. Les causes occasionnelles du spasme peuvent être extrêmement variables ; toute irritation du point qui sert de départ au réflexe, reproduira, presque infailliblement ce dernier.

Symptômes. — Le spasme consiste, dans les formes légères, en un simple accès de toux sèche, plus ou moins quinteuse, coqueluchoïde, analogue à celle des spasmes d'origine centrale, sans aller toutefois jusqu'à la suffocation. D'autres fois le malade est

pris d'un véritable étouffement, d'une contracture violente des rubans vocaux, qui laissent difficilement passer l'air à travers l'orifice glottique rétréci. On voit alors survenir de la cyanose, de l'asphyxie même qui peut, dans quelques cas, être suivie de perte de connaissance.

Habituellement, la crise débute par un accès de toux violente, spasmodique, avec gêne respiratoire, tandis que d'autres fois le resserrement glottique est brusque, rapide et assez grave pour nécessiter l'ouverture des voies aériennes.

Les accès surviennent soit le jour, soit la nuit et souvent sans cause apparente. Il est probable que pendant le sommeil la congestion nasale devenant de plus en plus violente, suivant la position du malade, fait éclater la crise. Plusieurs fois j'ai constaté le fait chez des malades porteurs de déviations de la cloison avec éperon postérieur s'enfonçant par conséquent dans le cornet moyen. Il n'est pas douteux que dans ces cas le décubitus latéral du côté dévié détermine le gonflement de la pituitaire, et comme conséquence la mise en contact de cette muqueuse avec la partie saillante du septum, d'où apparition du réflexe qui réveille le malade suffocant.

La contracture peut même se localiser aux muscles phonateurs, c'est ainsi que MM. Héryng et Brébion ont décrit de véritables spasmes phoniques consécutifs à des lésions nasales (voir Spasmes fonctionnels, p. 492).

L'examen direct du larynx ne fournit aucune indication spéciale, tout au plus après la crise constate-t-on l'existence d'une hypérémie plus ou moins marquée de la muqueuse vocale qu'il faudrait bien se garder de considérer comme la cause de l'accès, elle en est plutôt la conséquence.

Marche. Durée. Terminaison. — Les spasmes réflexes procèdent par véritables poussées, se reproduisant lorsqu'on excite les zones qui leur servent de point de départ.

Nous avons vu que l'excitation pouvait être directe, déviation utérine, attouchements du conduit auditif, coryza aigu, etc.; ou indirecte : troubles gastriques, intestinaux, sexuels ou autres,

retentissant sur la pituitaire et par son intermédiaire sur le larynx.

Les accès surviennent soit tous les jours, soit à intervalles plus ou moins éloignés. Il est impossible de fixer une allure régulière ou une durée déterminée à l'apparition de ces symptômes. On peut dire que l'affection ne se termine que le jour où le diagnostic de la cause a été établi et que par conséquent le traitement rationnel a pu être appliqué. La guérison est la règle.

Pronostic. — Il dépend de la cause, de l'intensité des crises et de la rapidité avec laquelle est fait le diagnostic. Il faut se rappeler que si les accès de spasme peuvent être suffisamment graves pour nécessiter la trachéotomie, ces faits constituent toutefois de véritables exceptions. En effet, ordinairement l'asphyxie commençante arrête la contracture, permettant ainsi au malade de reprendre l'air et en même temps sa connaissance, s'il l'avait perdue pendant un instant.

Diagnostic. — Il est facile de voir, d'après ce qui précède, l'importance qu'il y a pour le praticien et surtout pour le malade, à établir le point de départ du trouble laryngé. Aussi, en présence d'un sujet offrant les différents symptômes que je viens de décrire, faut-il examiner successivement tous les organes susceptibles d'occasionner la crise, en particulier les fosses nasales. L'interrogatoire du malade indiquera le plus souvent dans ces cas que la crise s'est annoncée par un enchifrènement plus ou moins prononcé, souvent même par des éternuements.

Si l'examen rhinoscopique est négatif, il faudra faire l'inspection de la cavité naso-pharyngienne pour voir si la cause du mal ne siège pas dans cette région plus difficile à bien explorer (voir mon *Manuel* des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, 2e édition).

Un bon moyen d'assurer son diagnostic dans les cas douteux, est d'appliquer une solution cocaïnée avec ou sans adrénaline, dans le but non seulement d'anesthésier la muqueuse nasale, mais aussi de la rétracter au maximum. Si, sous l'influence de ce

topique (solution au 1/15) la crise spasmodique diminue d'intensité et de fréquence, il y a bien des raisons de penser que c'est la pituitaire qui est la cause de la contracture laryngée. Lorsque l'hypothèse d'une lésion des fosses nasales ou des autres organes aura pu être éliminée, il faudra penser à la possibilité d'une lésion nerveuse commençante et examiner le malade à ce point de vue.

Traitement. — Une fois le diagnostic de spasme réflexe établi, deux indications resteront à remplir : 1° traiter l'accès ; 2° empêcher son apparition.

Dans le premier cas, on devra d'abord badigeonner ou pulvériser dans les fosses nasales une solution de chlorhydrate de cocaïne adrénalisée, puis en même temps de prier le malade de respirer doucement par le nez, la bouche étant fermée. Dans ce but, on pourra employer la solution suivante.

Solution avec :

Chlorhydrate d'adrénaline au 1/1000.	V gouttes
Chlorhydrate de cocaïne.	0,30 centigrammes
Eau stérilisée.	15 à 20 grammes

en pulvérisations ou en attouchements, avec un peu de ouate, sur la muqueuse pituitaire.

Des inhalations d'eau chaude chloroformée (Morell-Mackenzie) produiraient aussi d'excellents résultats.

Dans les cas graves, on pourra appliquer des sinapismes de moutarde sur la poitrine ou les mollets ; asperger le visage d'eau froide, le flageller au besoin, et enfin dans les cas plus graves encore, si l'asphyxie était menaçante, on pratiquerait la respiration artificielle, voire même la trachéotomie ou mieux encore, si l'on était outillé pour cela, le tubage du larynx.

La seconde indication devra s'adresser à la cause elle-même du spasme ; il faudra suivant les cas, traiter la muqueuse nasale hypertrophiée, enlever les éperons, etc., etc. On devra surtout ne pas oublier de prescrire un traitement général antispasmodique et ici les valérianates, les solutions poly-bromurées ou

leurs succédanés, les exercices physiques, les douches mêmes ou les bains tièdes, seront les moyens dont il faudra user pour combattre la prédisposition du malade à ces spasmes du larynx.

SPASMES LIÉS A UNE AFFECTION GÉNÉRALE

(*Toux nerveuse et chorée du larynx.*)

Pour clore la série de l'étude des spasmes du larynx, je dois encore décrire les phénomènes spasmodiques que l'on observe parfois au cours d'une névrose générale, soit comme épiphénomènes, soit comme manifestations du trouble nerveux lui-même. Dans la première catégorie, on peut ranger la toux dite nerveuse et la chorée du larynx. Dans la deuxième, il suffit de signaler les arrêts temporaires de la respiration, voire même les spasmes qui forment avec les convulsions générales, le cortège de certaines attaques d'hystérie

La toux nerveuse a été surtout étudiée par Massei de Naples en 1878 et dès l'année suivante, par le professeur Schrötter, sous le nom de chorée du larynx. Depuis cette époque, Garel, Rossbach, Fasano et bien d'autres auteurs, ont publié des travaux intéressants sur ces deux sortes d'affections. La toux nerveuse doit cependant être distinguée de la véritable chorée du larynx qui paraît être beaucoup plus rare que la précédente.

A. *Toux nerveuse.* — On désigne ainsi une sorte de toux bruyante à type plus ou moins métallique, survenant sous la forme de quintes, sans qu'il existe aucune affection ni du larynx, ni des poumons, ni d'irritation périphérique des nerfs laryngés.

B. *Chorée du larynx.* — Cette toux spéciale se manifesterait, d'après Schrötter, par une sorte de toux liée à des convulsions musculaires du visage et des extrémités, ressemblant à la chorée. Geissler a constaté des mouvements choréiques des muscles du larynx et Schreiberg a rapporté l'observation d'une fillette de dix-huit mois ayant des accès périodiques de danse de Saint-

Guy, durant lesquels elle émettait chaque fois avec énergie des sons rapides et bruyants. Abate (de Catane) a même décrit une chorée vocale dans laquelle le malade était obligé d'émettre un son autre que celui qu'il voulait proférer.

On a aussi décrit de véritables troubles choréiques du larynx associés à des manifestations analogues se passant du côté des membres et des muscles de la face.

Étiologie. — La toux nerveuse et la chorée du larynx reconnaissent habituellement pour cause prédominante un état particulier du système nerveux, en première ligne l'hystérie à laquelle est du reste imputable la majeure partie des névroses du larynx. Ces troubles sont susceptibles d'apparaître dans la plupart des maladies liées à une exagération de l'irritabilité du système nerveux sensitif, périphérique ou central. On les voit survenir chez les femmes atteintes de désordres de l'appareil génital, dans les cas de gastro-intoxication, lorsqu'il existe une certaine dyscrasie sanguine, telle que la chlorose et l'anémie profonde, etc. On la retrouve liée à quelques états spéciaux tels que la crainte, la terreur ou l'agitation qui sont des causes fréquentes de toux nerveuse. C'est habituellement chez les jeunes filles de seize à vingt ans, ou chez les adolescents qu'on observe cette affection.

Symptômes. — La toux choréique est caractérisée par ce fait qu'elle est brusque, inopinée et se passe sans quintes, elle peut devenir tellement vibrante qu'elle ressemble à un véritable aboiement. Gottstein distingue deux types de toux nerveuse, la première se présentant sous la forme de paroxysmes ; elle est permanente, le malade se trouve dans l'impossibilité de l'arrêter et les accès se reproduisent avec des intervalles de plusieurs heures.

La seconde forme est rythmique et continuelle ; les quintes sont moins violentes, moins retentissantes, le sujet peut arrêter sa crise pour parler ou pour manger.

Nous avons dit plus haut qu'on observe parfois une alternance entre la toux et les mouvements choréiques qui se remplacent l'un par l'autre, suivant les circonstances.

La toux nerveuse est sèche, rapide et fréquente ; celle de la chorée est au contraire beaucoup plus rare ; le sommeil calme habituellement les quintes. Enfin les troubles choréiques peuvent ne se manifester qu'à l'occasion de certains actes physiologiques tels que le chant chez quelques professionnels de la voix. L'examen laryngoscopique fournit habituellement un résultat négatif. On a cependant noté dans la chorée un peu de rougeur de la muqueuse et même du tremblement des cordes vocales (Geissler, Krause).

Si l'on examine le larynx au moment de la crise, on voit les aryténoïdes se rapprocher brusquement, les rubans vocaux venir se mettre en position de phonation ; puis s'écarter, subir des oscillations, en un mot être pris d'une véritable ataxie.

Diagnostic. — Le diagnostic important consiste à éliminer les lésions susceptibles d'irriter ou de comprimer les pneumogastriques ou les récurrents. L'examen des fosses nasales permet parfois de rattacher à une origine réflexe des phénomènes dont on ne trouve pas l'explication dans d'autres organes. Seule l'existence d'une toux paroxystique ou rythmique, accompagnée de mouvements spasmodiques occupant d'autres muscles de la face ou du corps, constitue une forte présomption en faveur des troubles nerveux que je viens de décrire.

Marche. Durée. Terminaison. — Chez les hystériques, le spasme du larynx peut disparaître pendant assez longtemps, même pendant des années, sans laisser la moindre trace, souvent il alterne avec des troubles spasmodiques des autres régions.

Enfin, si l'affection dépend de la lésion d'un organe voisin ou éloigné, elle disparaît ordinairement lorsque la maladie première a été traitée et guérie. La chorée vocale constitue une affection rebelle, susceptible de durer des années et des années.

Pronostic. — D'une façon générale il peut être considéré comme bénin. Si quelques malades sont incommodés par la toux au point de ne pouvoir ni dormir, ni prendre aucun repos, s'ils maigrissent, s'étiolent et marchent vers une déchéance rapide, ordinairement

les choses ne se passent pas ainsi ; les accidents sont légers, simplement désagréables, ennuyeux, mais ne compromettant pas l'existence du malade.

TRAITEMENT. — Il doit consister dans l'administration de toniques variés. Dans la toux nerveuse chronique, le bromure de potassium à l'intérieur, à doses progressives, les solutions polybromurées ou leurs succédanés, au besoin les douches généralisées, les valérianates d'ammoniaque ou de zinc, en un mot toute la série des antispasmodiques pourront être mis en usage avec quelques chances de succès. D'autres fois c'est à la quinine, à l'arsenic ou aux autres toniques qu'il faut donner la préférence. Les douches et les bains tièdes prolongés, seront encore d'excellents moyens de combattre l'état nerveux des malades.

Lorsque l'affection est rebelle, le changement de résidence, les voyages et la distraction permettent quelquefois de guérir ces sortes de patients. Localement, on prescrira des pulvérisations cocaïnées (voir p. 519) ou même des attouchements de la muqueuse laryngée ou de l'arrière-gorge, avec des solutions anesthésiques. L'électrisation sous forme de courants continus ou induits et même le massage de l'organe vocal constituent aussi un excellent mode de traitement de cette névrose.

La gymnastique vocale aurait donné entre les mains de Garel de très bons résultats, en permettant de modifier et même de calmer la toux aboyante de quelques malades. Cette gymnastique sera employée tous les jours. Du reste dans ces cas on se conformera aux règles déjà indiquées à propos de la voix eunuchoïde.

VERTIGE LARYNGÉ

Le vertige laryngé a surtout été étudié par Charcot qui en a fait une entité morbide assimilable au vertige stomacal et à celui de Ménière. Il fut quelque temps après parfaitement décrit par Krishaber, Garel, Cartaz, et par le Dr Weill de Lyon qui à propos d'un cas observé par lui, fit une étude complète de cette névrose.

Étiologie. — Cette affection est surtout caractérisée par un étourdissement avec perte de connaissance plus ou moins complète, survenant à l'occasion d'un état de souffrance du larynx ou même à l'état sain. On l'observe par conséquent chez des malades atteints de lésions des voies respiratoires, en particulier de bronchites spasmodiques ou de polypes du larynx (Sommerbrod). On l'a également signalée dans le tabes, et dans ces cas cette manifestation ressemble singulièrement à la forme du spasme suffocant. Enfin le vertige laryngé peut aussi constituer le seul trouble morbide dont se plaignent les malades.

Les causes multiples susceptibles de faire naître ce symptôme sont très obscures, tout au plus est-il possible d'incriminer l'impression du froid, les changements brusques de température, les émotions, les vapeurs irritantes, la déglutition de liquides alcooliques. Les crises se produisent même pendant le sommeil.

Ce qu'il faut surtout et avant tout, à mon sens, dans ces cas, c'est que le sujet soit un nerveux par tempérament ou par hérédité, c'est-à-dire un malade susceptible de réagir plus ou moins violemment sous l'influence des différentes causes que je viens d'indiquer.

Symptômes. Pathogénie. — L'accès est ordinairement précédé d'une sensation de chatouillement, de brûlure, voire même de corps étranger au larynx, sensation que le malade localise du côté de son arrière-gorge. Bientôt après apparaît une toux quinteuse, coqueluchoïde, à laquelle succède plus ou moins vite une perte de connaissance d'intensité variable. L'étourdissement est parfois léger, ressemblant comme l'a dit Krishaber, à un coup de bâton sur la tête ou à un véritable vertige. Le malade habitué à cet ictus, a généralement le temps de s'appuyer et de s'asseoir.

Dans d'autres cas ce sont des accès de toux spasmodique avec dyspnée plus ou moins intense et état vertigineux vague sans perte de connaissance.

La pathogénie de ces troubles est toujours difficile à établir. Il est plausible de penser avec Weill que l'organe vocal est le point de départ d'une série d'irritations pouvant atteindre jusqu'aux

portions les plus importantes du système nerveux central et frappant par son intermédiaire, les organes les plus indispensables à la vie. De ces actions à distance, les unes sont suspensives de l'activité cérébro-spinale ou inhibitoires ; les autres au contraire renforcent cette activité et sont dynamogènes. C'est ainsi qu'une excitation du larynx peut produire un spasme allant jusqu'à la perte de connaissance. Weill rappelle du reste à ce sujet les expériences de Rosenthal et de F. Franck sur le laryngé supérieur et celles de Brown-Séquard sur l'influence de l'acide carbonique sur le larynx.

Marche. Durée. Pronostic. — La marche du vertige laryngé est excessivement variable ; elle dépend en effet de l'affection qui lui a donné naissance : tantôt il alterne avec des crises d'asthme et se révèle à des intervalles plus ou moins éloignés ; tantôt au contraire, les crises sont fréquentes, surviennent même plusieurs fois par jour ; leur durée est généralement assez courte ; le malade a à peine un simple étourdissement, une perte de connaissance passagère qui l'oblige à s'arrêter quelques instants s'il est dans la rue, ou à s'appuyer contre un support solide. La chute par terre s'observe très rarement, elle est pour ainsi dire l'apanage des lésions d'origine centrale (tabes, etc.).

Le pronostic varie évidemment avec la cause de l'affection, il ne peut donc être question de l'établir ici.

Diagnostic. — La question du diagnostic est assez délicate, car à la lecture d'un certain nombre d'observations de vertiges dits laryngés, on est en droit de se demander si l'examen du malade a été assez approfondi pour affirmer que la lésion avait bien le larynx pour point de départ et non d'autres muqueuses. La description des spasmes réflexes qui a fait l'objet d'un précédent chapitre se rapproche d'une manière si intime des vertiges que j'étudie ici, que souvent on regrette de ne pas voir consignée dans les faits publiés, l'absence ou l'existence de lésions nasales. La distinction entre ces deux sortes de troubles est en effet des plus difficiles à établir.

Traitement. — Le premier soin doit être de calmer l'hyperexcitabilité du malade ; il faudra donc traiter son état général à l'aide des différents antispasmodiques que possède notre thérapeutique. Il faudra ensuite agir sur la muqueuse laryngée soit par des moyens directs tels que pulvérisations calmantes, ou même par des attouchements faits dans cette région. En pulvérisations, on prescrira surtout des solutions cocaïnées, telle par exemple la formule suivante :

Solution avec :

Chlorhydrate de cocaïne	0,60 centigr. à 1 gramme
Antipyrine et bromure de potassium ää	4 grammes
Glycérine	40 »
Teinture d'eucalyptus	10 »
Eau	450 »

A employer deux ou trois fois par jour en pulvérisations pendant trois à cinq minutes, avec un pulvérisateur à vapeur

Si la congestion de la muqueuse vocale paraît être la cause de l'ictus, on pourra encore prescrire des pulvérisations comme suit :

Solution avec :

Chlorhydrate de cocaïne	0,60 centigr. à 1 gramme
Chlorhydrate d'adrénaline en solution au 1/1000	3 à 5 grammes
Bromure de potassium	5 grammes
Glycérine. } ää	50 »
Eau de menthe } ää	50 »
Eau	400 »

A employer comme la formule précédente.

Dans les cas d'irritation vocale prononcée, on pratiquera des attouchements de cette région avec des solutions de chlorure de zinc ou de nitrate d'argent au 1/60 ou au 1/50, même au 1/30, qui produisent d'excellents résultats dans les formes inflammatoires de la muqueuse laryngée.

TUMEURS DU LARYNX

TUMEURS BÉNIGNES (POLYPES DU LARYNX)

Les tumeurs du larynx peuvent être divisées en deux groupes importants, suivant qu'elles constituent une affection essentiellement localisée à la muqueuse, ou qu'elles se présentent sous la forme de productions infiltrées, avec tendance à l'envahissement des parties voisines. On distingue donc des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes. Le premier groupe est généralement décrit sous la dénomination des polypes du larynx.

Étiologie générale. — La cause des néo-formations bénignes de la muqueuse vocale est des plus complexes. L'on a pu voir (Morell-Mackenzie) des polypes du larynx se former à la suite d'inflammations aiguës ou subaiguës des cordes vocales; d'autres fois au contraire, il a été difficile d'établir cette pathogénie pour expliquer leur apparition. Souvent il est impossible de dire si le catarrhe chronique de la muqueuse laryngée qui accompagne les tumeurs bénignes du larynx est primitif ou secondaire; cette dernière hypothèse semble être de beaucoup la plus vraisemblable.

Quelques auteurs ont pensé que les points nodaux des cordes vocales (Klebs et Schnitzler) correspondant aux nœuds de vibration des cordes vocales, étaient le siège de prédilection des fibromes. Certaines professions prédisposent à la formation des polypes laryngés, car on les observe assez fréquemment chez les chanteurs, les professeurs, les officiers, les orateurs ou les crieurs publics. L'âge le plus favorable à leur apparition semble être l'époque moyenne de la vie, entre vingt et cinquante ans (Fauvel, Morell-Mackenzie, etc.). On peut cependant en rencontrer aux époques extrêmes de l'existence. Schiffers en a rapporté un exemple chez un vieillard de quatre-vingt-deux ans, et Causit, dans son étude des polypes du larynx, a fait remarquer qu'ils

étaient assez fréquents dans le jeune âge. Ils sont même parfois congénitaux. Depuis que les études laryngoscopiques se sont notablement diffusées, les néoplasies bénignes du larynx sont devenues beaucoup plus fréquentes qu'autrefois, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

Les polypes du larynx paraissent être plus communs chez l'homme que chez la femme (Schwartz). Par cela même on en est appelé à conclure que les causes d'irritation locale jouent un rôle dans leur production. L'hérédité ne peut être prise en sérieuse considération, pas plus que l'influence des maladies aiguës infectieuses, ou autres.

Symptomatologie générale. — Les tumeurs bénignes du larynx peuvent donner lieu à des troubles fonctionnels divers qui varient suivant le siège et la nature des polypes, suivant qu'ils sont sessiles ou prédiculés, anciens ou récents, petits ou volumineux, suivant aussi la rapidité ou la lenteur avec laquelle ils se sont formés.

Voix. — Si le polype occupe l'une des cordes vocales, fait le plus fréquent, les premiers troubles que l'on constate sont ceux de la phonation.

Ces altérations vocales sont parfois assez légères pour passer inaperçues. Chez les chanteurs, c'est au début une certaine gêne dans l'émission de la demi-teinte ; le son est moins pur, le passage du registre de poitrine à la voix dite de fausset est moins facile. D'autres fois on observe de la dysphonie, de l'enrouement (voix à roulette), de l'aphonie même. Suivant que le polype est situé au niveau du tiers antérieur, sur le bord libre de la corde vocale ou au-dessus de cette dernière, les symptômes sont plus ou moins marqués.

De même si la tumeur est sessile ou pédiculée, la voix sera altérée d'une façon constante ou passagère. En effet, lorsque le polype est inséré par un pédicule assez long, il peut se faire qu'il se place soit au-dessus soit au-dessous des lèvres glottiques, d'où possibilité d'émettre, au moins par intervalle, une voix relativement claire et presque normale.

Par contre, il pourra arriver que pendant l'émission d'un mot ou d'une phrase, brusquement la voix devienne enrouée, ou même aphone, si le polype change de place, passant par exemple, de dessous, entre et au-dessus des cordes vocales. Chez quelques chanteurs on constate le phénomène désigné sous le nom de diphtonie ou double voix, c'est-à-dire qu'en se tenant auprès du sujet atteint de polype, on peut en prêtant attention, entendre un son voilé à côté du son clair, perçu par les auditeurs éloignés de l'artiste.

Il résulte de ce que je viens de dire que les polypes de volume relativement minime siégeant sur le bord des cordes vocales, ou dans l'angle rentrant, produiront une altération vocale relativement considérable, alors qu'une tumeur plus volumineuse pédiculée, siégeant au-dessus ou au-dessous des lèvres glottiques, occasionnera une modification de la voix, passagère ou à peine perceptible. On observe aussi des tumeurs en battant de cloche, insérées au niveau de l'angle rentrant du cartilage thyroïde, n'occasionnant aucune espèce de trouble de la phonation. Lorsque les polypes siègent sur d'autres points, les symptômes fonctionnels sont irréguliers. Si la région inter-aryténoïdienne est atteinte, la voix devient sombrée, enrouée ou même rauque.

Si la tumeur occupe l'épiglotte ou les replis ary-épiglottiques, et si elle est localisée dans l'un de ces points, la voix pourra être intacte.

Chez les enfants, les troubles vocaux sont généralement plus prononcés que chez les adultes, la moindre saillie pathologique empêchant les cordes de vibrer.

Les tumeurs diffuses (papillomes) produisent de l'extinction de voix et même l'aphonie complète

Respiration. — La gêne de la respiration est généralement nulle, elle dépend à la fois du siège et de la dimension du néoplasme; si ce dernier est très considérable et s'il a grossi graduellement, il peut arriver à acquérir un volume excessif, sans occasionner de troubles respiratoires trop intenses. Il faut pour ainsi dire que l'orifice glottique soit presque complètement obs-

trué par la tumeur pour que l'on voie apparaître de la dyspnée. Cette dernière dans certains cas, va jusqu'à la suffocation faisant redouter la mort par asphyxie. Habituellement la gêne respiratoire est plus prononcée par les temps humides et pluvieux, les polypes par leur nature hygrométrique, se gonflant sous l'influence de l'humidité.

S'il existe des inflammations de la muqueuse laryngée ou de la pituitaire, elles contribuent à augmenter la dyspnée.

Lorsque la tumeur est très pédiculée, les accès de suffocation ou d'asphyxie pourront être paroxystiques avec exacerbation survenant au moment où la production morbide vient obstruer l'entrée des voies aériennes. C'est en général à la suite d'un effort, une course, l'ascension d'escaliers ou l'accumulation de sécrétions dans le larynx, que l'on voit se produire les troubles dyspnéiques.

La plupart des auteurs ont noté depuis déjà longtemps (Fauvel, Poyet) que dans certaines positions de la tête la respiration était plus ou moins difficile. C'est ainsi que le fait de se pencher en avant facilite l'entrée de l'air, tandis que l'effet contraire se produit si les malades renversent la tête vers la colonne vertébrale.

Chez les enfants, les troubles respiratoires revêtent souvent une intensité considérable et constituent un des symptômes importants de l'affection, à cause de l'étroitesse de l'orifice glottique pendant les premières années de la vie.

Toux. — La toux est assez rare ; souvent même il est possible de la rattacher à une affection concomitante (laryngite catarrhale). Il arrive cependant que des polypes pédiculés viennent se mettre en travers de l'orifice glottique et provoquent une sorte de hem passager, destiné à débarrasser le patient de la sensation qu'il éprouve ; c'est là un fait exceptionnel cependant, car la muqueuse du larynx s'habitue à cette titillation continuelle et le réflexe disparaît. Souvent même ces frottements répétés émoussent la sensibilité tactile, au point de rendre facile l'intervention chirurgicale par les voies naturelles.

Dans les cas rares où la toux existe, elle suit les modifications de la voix; elle prend successivement le ton enroué; rauque, croupal (enfants), éteint, elle est très rarement quinteuse.

Dysphagie. — La déglutition n'est génée que si la tumeur est extra-laryngée et occupe l'épiglotte ou la région aryténoïdienne, et si elle a acquis un volume assez considérable pour venir obstruer l'entrée de l'œsophage au moment de la pénétration du bol alimentaire.

Douleur. — *Expectoration.* — La douleur n'existe pour ainsi dire jamais dans les cas de tumeur bénigne du larynx; tout au plus le malade éprouve-t-il de temps à autre, si le polype est volumineux et situé en dehors de l'organe vocal, une sensation de corps étranger, de gêne à l'arrière-gorge, mais pas de véritables douleurs.

Ordinairement l'expectoration est nulle; parfois cependant les malades rejettent des parcelles néoplasiques (papillomes), fait important au point de vue du diagnostic de l'affection, mais il ne saurait indiquer le siège, la forme et le volume de la tumeur.

Symptômes objectifs. — Les signes physiques sont toujours fournis par l'inspection directe de l'organe. Cet examen sera fait ou bien en abaissant fortement la langue du malade (surtout chez les enfants), avec l'abaisse-langue d'Escat et de Kirstein (voir p. 258) ou de préférence avec le laryngoscope.

L'auscultation et le toucher étant abandonnés aujourd'hui, je n'en parlerai que pour mémoire.

Seuls l'examen direct ou laryngoscopique permet de déterminer à la fois le volume, la forme, la couleur et surtout le siège exact de la tumeur laryngée. Il est des cas où il faut pour compléter le diagnostic de localisation et de consistance de la production morbide, employer le toucher à l'aide de la sonde, après avoir anesthésié la muqueuse vocale à la cocaïne.

Siège. — De l'avis unanime de tous les auteurs, les tumeurs bénignes du larynx semblent avoir une prédilection marquée

pour les cordes vocales inférieures. Leur insertion dans les ventricules sont relativement rares et il est tout à fait exceptionnel de rencontrer de simples polypes sur les cordes supérieures, les aryténoïdes ou dans la région inter-aryténoïdienne.

De même les tumeurs sous-glottiques sont peu communes, comparées à celles des cordes vocales.

D'après leur nature, les tumeurs bénignes du larynx peuvent se diviser en *papillomes, kystes, fibromes, myxomes, adénomes, lipomes, angiomes, enchondromes et tumeurs mixtes.*

Tout ce que j'ai dit de l'étiologie et de la symptomatologie des polypes du larynx en général s'applique à ces différentes productions morbides. En indiquant les particularités inhérentes à chacune de ces néoplasies, dans l'ordre où je viens de les énumérer, je signalerai les diverses modifications qui peuvent survenir dans le fonctionnement de l'organe vocal.

A. **Papillomes.** — Les papillomes sont de beaucoup les tumeurs le plus souvent rencontrées dans le larynx. Sans tenir compte des anciennes statistiques (Bruns, Fauvel, Morell-Mackenzie, etc.) qui avaient le tort de ne pas être basées sur l'examen histologique des néoplasies enlevées, je rappellerai qu'en 1888, Semon, sur un relevé de 10 747 cas de polypes du larynx, a trouvé 3 382 papillomes. Tandis que Massei (1897), sur 378 néoplasmes bénins, a rencontré 183 fois des papillomes.

Malgré ces statistiques, on peut admettre que le papillome vrai et pur n'est pas aussi fréquent que semblent l'indiquer la plupart des auteurs. Du reste, on peut en dire autant des autres néoplasies que l'on est susceptible de rencontrer du côté de l'organe vocal qui, très souvent, sont un composé de dilatations kystiques de parties fibreuses et myxomateuses (véritables tumeurs mixtes).

Siège. — Les papillomes siègent sur les cordes vocales, principalement au niveau de leur tiers antérieur et de leur partie moyenne. Ils sont sessiles ou pédiculés, généralement limités et uniques ; mais on peut chez quelques malades rencontrer plusieurs

tumeurs distinctes. D'ordinaire symétriques, les papillomes ont un aspect gris rosé, lisse et uni à leur surface; ils deviennent rougeâtres après des efforts de toux, lorsqu'ils ont été exposés à des frottements répétés ou à des tentatives d'ablation non suivies de succès. De forme arrondie, ils peuvent atteindre la grosseur d'un grain de mil, de chènevis, d'un pois, d'une lentille et même un volume plus considérable. Souvent ils sont en grappes, framboisés, composés de petites saillies granuleuses de la grosseur d'une tête



Fig. 144. — Polype de l'angle rentrant les cordes vocales.

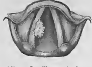


Fig. 145. — Papillome de la corde vocale droite.

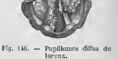


Fig. 146. — Papillomes diffus du larynx.

d'épingle, ayant l'aspect muriforme; ils sont alors d'un rose plus pâle, presque jaunâtre; leur surface est comme hérissée de saillies verruqueuses. Ces sortes de papillomes sont habituellement diffus, ils atteignent le volume d'une noix, d'un marron et offrent un aspect assez comparable à celui d'une grosse verrue. Ils sont formés d'une partie centrale saillante, de laquelle partent en se diffusant des granulations de plus en plus petites, qui les font ressembler à une mûre, une framboise ou, mieux encore, un petit chou-fleur. Quelquefois congénitales et assez fréquentes chez les enfants, ces dégénérescences bénignes occupent les cordes inférieures, les bandes ventriculaires, les ligaments ary-épiglottiques,

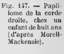


Fig. 147. — Papillome de la corde droite, chez un enfant de huit ans (d'après Morell-Mackenzie).

les aryténoïdes, la face postérieure de l'épiglotte, parfois même la région sous-glottique.

Les papillomes ont une consistance mollasse, en forme de battant de cloche, ils flottent au gré des mouvements respiratoires; d'autres fois ils ont un aspect corné, surtout chez certains vieillards. Dans ces derniers cas on doit toujours penser à la possibilité d'une transformation possible en tumeur maligne (épithélioma). Le pronostic n'est cependant pas toujours aussi sombre, car j'ai eu l'occasion d'observer à différentes reprises des tumeurs cornées bénignes chez des adultes au-dessous de quarante-cinq ans.

Kystes. — La connaissance exacte des kystes du larynx date de 1880, époque où en même temps que le Dr Cervesato, j'ai publié moi-même un mémoire sur ce sujet. Nous avions alors, mon confrère italien et moi, rassemblé un total de plus de cent cas de tumeurs kystiques sur lesquelles nous avions basé notre étude. Depuis, bien qu'un certain nombre de faits analogues aient été publiés, les kystes volumineux intra et extra-laryngés peuvent toujours être considérés comme assez rares. Par contre, les petites dilatations kystiques des cordes vocales sont relativement fréquentes; elles ont été souvent confondues avec des papillomes, de petits angiomes ou des adénomes.



Fig. 148. — Kyste du bord libre et des faces linguale et laryngée de l'épiglotte (côté droit).

Fig. 149. — Kyste de la face linguale de l'épiglotte.

Les kystes extra-laryngés occupent la face linguale ou les bords de l'épiglotte; ce sont les plus volumineux, car ils atteignent souvent la grosseur d'une amande ou d'une belle graine de raisin; ils sont lisses, unis à leur surface, représentant assez bien une demi-sphère transpa-

rente. La coloration de la poche est d'un jaune pâle très légèrement rosé. Un réseau vasculaire arborisé, très délicat, sillonne la surface de la poche, fortement distendue.

On retrouve ces sortes de tumeurs sur la région aryténoïdienne

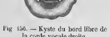



Fig. 150. — Kyste du bord libre de la corde vocale droite.



Fig. 151. — Kyste sortant du ventricule de Morgagni (côté droit).

et sur les bandes ventriculaires ou sur les ventricules, leur contenu est généralement séreux ou colloïde, sanguin ou caséeux (Blanc). Dans ce dernier cas on a pu les confondre avec des kystes dermoïdes. Quand on les saisit entre les mors d'une pince



Fig. 152. — Kyste de la bande ventriculaire gauche.



Fig. 153. — Même larynx après l'opération.

il s'écoule un peu de sang, puis la poche s'ouvre en vidant son contenu.

Les kystes intra-laryngés, les plus fréquents, varient de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois, d'un haricot ou d'une noisette; leur volume est plutôt petit. Ils siègent souvent sur le bord des cordes vocales; ils sont sessiles, d'aspect gri-

sâtre ou jaunâtre, parfois même avec un bon éclairage on peut reconnaître qu'ils ressemblent à une petite vésicule transparente ou légèrement opalescente.

J'ai observé également des kystes à contenu analogue à celui des amygdales, dans l'amygdalite lacunaire enkystée (p. 84) Ces tumeurs renfermant une sorte de matière caséeuse, très épaisse et concrète, se présentent sous les apparences d'une saillie jaunâtre, à surface lisse et unie; elles sont attachées à la corde vocale par une large insertion qui se perd graduellement dans les parties saines. Elles sont dures au toucher et fuyant sous la pince, ce qui rend leur prise aussi difficile que celle de quelques fibromes très sessiles et de petit volume.



Fig. 154. — Kyste congénital intra-laryngé chez un enfant (d'après Edis).

L'examen histologique d'un de ces néoplasmes fait par M. Nadal a démontré que le kyste était tapissé par un épithélium pavimenteux stratifié, parfois très épais, avec ou sans kératinisation; la cavité était remplie par la desquamation des cellules épithéliales arrivées au terme ultime de leur évolution.

Lorsque le kyste est volumineux il rappelle une poche fortement tendue, remplie de liquide, il devient rosé ou même rouge, après les tentatives d'extraction ou les attouchements répétés, par hémorragie interstitielle La structure de la membrane limitante ne diffère en rien de celle des autres tumeurs kystiques, ainsi que j'ai pu m'en convaincre par l'examen histologique d'une parcelle enlevée à quelques-uns de mes opérés.

Il semble que l'on doive considérer les kystes du larynx comme des tumeurs par rétention, développées à l'intérieur des glandes. La cavité se forme dans ces cas aux dépens du cul-de-sac glandulaire, par dilatation du canal excréteur dont l'orifice est obstrué par compression extérieure, par gonflement des parois ou par un bouchon de mucus desséché.

Fibromes. — Le siège ordinaire de ces néoplasies est la corde vocale inférieure; c'est à titre tout à fait exceptionnel qu'on les rencontre dans d'autres points de la muqueuse vocale. Toutefois, il existe des fibromes interstitiels occupant la région




a *b*

Fig. 155. — Fibromes du larynx.

a, tumeur probablement fibro-myxomateuse — *b*, fibrome de la base de l'épiglotte (d'après Morell-Mackenzie).

inter-aryténoïdienne. Ces néoplasmes sont ordinairement uniques et presque jamais pédiculés. Leur volume, dit Massei, varie entre celui d'un grain de moutarde et un haricot. Ils sont formés aux dépens du tissu sous-muqueux et constitués par des fibres connectives entremêlées de fibres élastiques.



Fig. 156. — Fibrome du bord libre de la corde vocale (d'après Coupard)

Réguliers, unilobés, en général de forme hémisphérique, ou un peu allongés, bien circonscrits, les fibromes peuvent présenter deux ou trois lobes, surtout lorsqu'ils dégénèrent en se creusant de cavités pseudo-kystiques. On a cité des cas de fibromes pédiculés pendants dans le larynx. Leur couleur est grisâtre et rappelle assez bien celle des cordes vocales légèrement catarrhales. Ils sont très adhérents aux parties sur lesquelles ils sont insérés. La sonde ou la pince démontrent bien la nature fibreuse de la tumeur qui glisse souvent entre les mors sans se laisser entamer.

Si le fibrome occupe l'une des cordes vocales, on observe habituellement de l'inflammation et de la desquamation du ruban opposé, parfois même une sorte de perte de substance par suite du frottement qu'exerce sur lui le néoplasme. C'est là un fait constant dans les cas de tumeurs dures siégeant sur le bord libre des rubans vocaux.

Myxomes. — Pendant longtemps considérés comme rares, les myxomes sont en résumé des tumeurs assez fréquentes dans l'intérieur du larynx. Il faut évidemment attribuer la rareté relative de ces sortes de néoplasies à ce fait qu'autrefois le diagnostic était plutôt basé sur l'aspect extérieur que sur l'examen histologique. Depuis que des recherches plus sérieuses et plus positives ont remplacé les anciennes méthodes d'examen superficiel, le myxome est devenu une tumeur plus fréquente que chacun de nous a eu l'occasion d'observer un assez grand nombre de fois

Ce sont des productions molles, rosées, lisses et sessiles sur la muqueuse où elles sont insérées ; généralement unilobées, elles peuvent d'autres fois présenter deux ou trois petites saillies ressemblant assez bien au tissu œdémateux des replis ary-épiglottiques. Cet aspect gélatiniforme, presque transparent œdémateux, constitue pour ainsi dire leur caractère important.

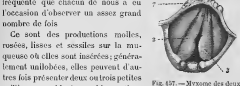


Fig. 157. — Myxome des deux cordes vocales (dessiné d'après nature).

1, épiglotte frangée et érodée. — 2 et 3, cordes inférieures ayant l'aspect de deux polypes muqueux mous et œdémateux.

L'examen histologique révèle habituellement l'existence d'un tissu muqueux réticulé, tout à fait caractéristique.

Adénomes. — Ils sont peu communs et pendant longtemps on a même nié leur existence Ces tumeurs seraient constituées par l'hypertrophie des glandes du larynx. Dans un des cas soumis à mon examen, l'adénome fut le stade initial d'un épithélioma qui se développa ultérieurement avec tous les signes cliniques qui caractérisent ces sortes de dégénérescences morbides. Les adénomes purs sont assez rares pour qu'on n'ait pas encore de données très nettes sur l'aspect qu'ils présentent à l'examen laryngoscopique.

Lipomes — Le lipome du larynx est peu fréquent à cause de l'absence de tissu adipeux dans l'organe vocal ; les quelques cas signalés occupaient en général l'épiglotte.

La tumeur est unie à sa surface, brillante, de couleur rose clair un peu jaunâtre ; sa consistance est molle et élastique. Quelquefois le néoplasme a une forme un peu bosselée, son enveloppe est constituée par la muqueuse de revêtement de la région.

Le contenu renferme des cellules graisseuses de moyenne grosseur, reliées par de forts tractus de tissu conjonctif fibreux et en partie remplie de margarine cristallisée. La première observation de ce genre est due à V. Bruns.

Angiomes. — Les angiomes purs sont également rares sur la muqueuse vocale. A première vue ils ressemblent assez bien à des kystes dont ils diffèrent par leur coloration plus foncée et par l'existence d'hémorragies quelquefois inquiétantes (Schwartz). Ils ont habituellement la forme et la grosseur d'un grain de cassis, mais j'ai eu l'occasion de voir des angiomes beaucoup plus volumineux, d'aspect bosselé, irréguliers, sessiles sur la muqueuse qui les supportait; ils avaient une coloration lie de vin foncée, leur consistance était assez molle (fig. 158). Il ne faut pas confondre ces productions morbides avec les kystes sanguins dont la fréquence est bien plus considérable. Ces derniers sont également d'un rouge vif, lisse, unis à leur surface, et lorsqu'on ouvre la poche, elle donne lieu à un léger écoulement sanguin ; ces sortes de tumeurs sont en général la conséquence d'une rupture vasculaire s'étant faite dans la poche d'un kyste, ou dans la dilatation pseudo-kystique d'un polype du larynx à texture mixte.

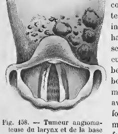


Fig. 158. — Tumeur angiomateuse du larynx et de la base de la langue (d'après nature).

Enchondromes. — Bien étudiés autrefois par Bertoye (1886) les enchondromes simples semblent être dus à l'exagération ou à la déviation du travail physiologique. D'autres fois ils ont une

origine pathologique, tuberculose, syphilis. C'est en général au moment où se fait l'ossification du larynx qu'apparaîtraient ces tumeurs, si du moins on en juge par les faits publiés jusqu'à ce jour, puisque les malades étaient presque tous âgés de quarante ans[1].

Ces néoplasmes occupent le cricoïde, mais on peut les trouver aussi sur le thyroïde, presque jamais sur les aryténoïdes qui du reste ne s'ossifient que très tardivement. Leur aspect est celui de la muqueuse qui les recouvre, ils sont parfois lobulés, mais lisses et unis à leur surface ; leur consistance, perceptible avec la sonde, après anesthésie complète à la cocaïne, indique le degré de dureté de ces dégénérescences morbides qui adhèrent profondément aux couches profondes du cartilage avec lequel elles font corps.



Fig. 159. — Enchondrome probablement congénital (corne cartilagineuse développée aux dépens du cartilage de Wrisberg droit), observé chez un tuberculeux ayant un larynx sain. (dessiné d'après nature).

Dans un cas d'enchondrome probablement congénital du cartilage de Wrisberg (voir fig. 159) la muqueuse était nettement mobile à la surface du néoplasme.

Les enchondromes se reconnaissent quelquefois à la déformation extérieure qu'ils produisent. Le thyroïde est souvent tuméfié et épaissi ; si le néoplasme occupe le cricoïde, ce cartilage est déformé sur les parties latérales par une tumeur irrégulière, bosselée, qui proémine dans l'intérieur du larynx, ou vient faire saillie au-dessous des cordes vocales.

Les enchondromes offrent au point de vue du pronostic une gravité particulière, à cause de la sténose laryngée dont ils sont le point de départ lorsqu'ils acquièrent un volume trop considérable. Heureusement leur marche est lente et ils sont rarement

[1] J'excepte bien entendu de cette description les enchondromes ou exostoses constatés au cours des inflammations chroniques de la muqueuse vocale, en particulier dans la tuberculose.

assez gros pour venir obstruer complètement la lumière de la glotte. Difficiles à opérer par les voies naturelles, à cause de leur dureté, ils exigent presque toujours une intervention par la voie externe, par la thyrotomie.

Tumeurs mixtes. — La plupart des productions pathologiques rencontrées dans l'organe vocal n'offrent pas les caractères nets que je viens d'indiquer; elles sont formées de divers éléments et constituent une tumeur mixte. C'est ainsi que l'on rencontre des fibro-myxomes purs ou télangiectasiques (Botey, Moure, etc.) souvent même des angio-myxo-fibromes, des angio-myxomes, des fibro-sarcomes, des chondro-fibromes, angio-kératomes (Moure et Sabrazès). Ces différentes néoplasies peuvent même se creuser de cavités contenant un liquide séreux, colloïde ou hémorragique (fibro-myxomes hémorragiques). D'après la prédominance de tel ou tel tissu, le polype peut rentrer dans l'un des groupes indiqués plus haut; je ne puis ici décrire les aspects différents sous lesquels se présentent ces tumeurs variées de l'organe vocal, dont la nature exacte ne peut être reconnue que sous le champ du microscope après leur ablation.



Fig. 160. — Nodule du bord libre de la corde vocale droite. (Angio-kératome.)

Marche. Durée. Terminaison. — La marche des tumeurs bénignes du larynx est lente; elles peuvent mettre dix, quinze et même plus de vingt ans à évoluer. Généralement elles se développent en un laps de temps plus court.

Quelques-uns de ces néoplasmes atteignent des dimensions qui peuvent mettre en danger l'existence des malades, on en voit même avoir une évolution relativement rapide et se produire presque brusquement (kystes, angiomes, myxomes, etc.).

La durée de ces dégénérescences morbides est donc absolument variable, quelques malades les gardent même jusqu'à leur mort

La terminaison peut se faire de plusieurs façons, par l'expulsion



Fig. 161 — Coupe histologique de la tumeur précédente.

Verich object. 1 oc. 1. Tube tiré. — *a*, zone kératinisée. — *b*, épithélium épaissi. — *c*, chorion cellulo-muqueux creusé de fissures. — *d*, bloc angiomateux. — *e*, transformation fibreuse de l'angiome (d'après Sabrazès)

spontanée (papillome diffus), ouverture de la poche (kystes). Ce

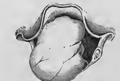


Fig. 162. — Tumeur télangiectasique volumineuse, occupant l'intérieur du larynx (d'après R. Botey).

rejet de la tumeur ou cette rupture se produit habituellement

pendant un effort violent; je les ai constatés une fois pendant l'accouchement, une autre fois pendant un effort d'éternuement violent; chez d'autres malades enfin c'est à l'occasion de quintes de toux spasmodiques que le fait se produit.

Quelques néoplasmes sont susceptibles de s'accroître et de déterminer l'asphyxie du malade. Cette évolution progressive de certains polypes assez fréquente autrefois, est devenue beaucoup plus rare, depuis qu'on a l'habitude de pratiquer l'examen du larynx chez les malades enroués.

A signaler aussi la terminaison par dégénérescence ou par ulcération avec suppuration, dont Causit et quelques auteurs ont signalé des exemples : c'est un mode de guérison heureux mais assez exceptionnel.

Enfin à l'occasion de l'affection d'un malade illustre à son époque, mais déjà oublié, le Dr F. Semon fit des recherches importantes pour savoir s'il était possible d'observer la transformation de certaines néoplasies bénignes du larynx en tumeurs malignes. Cet important relevé statistique constitue même à l'heure actuelle un document précieux car il prouve que si cette transformation est rare, elle est néanmoins possible, surtout pour quelques polypes du genre papillaire. L'auteur anglais qui a contrôlé et pesé chaque fait, avec le soin et la compétence qu'on lui connaît, a résumé son travail de la manière suivante :

A. La rareté de la transformation des tumeurs bénignes en néoplasmes malins après les opérations intra-laryngées est démontrée, dit-il, par la statistique suivante :

Total des cas opérés par les voies naturelles			8,216
Cas très positifs de dégénérescence	5	sur	8,216
Proportion	1	à	1,465
Cas vraisemblables	7	sur	8,216
D'où le chiffre pour les cas très positifs et ceux qui sont vraisemblables de	12	à	8,216
Proportion	1	à	685
Cas douteux	10		
Cas très douteux	11		

B. Les opérations intra-laryngées n'ont aucune influence sur la

transformation des productions bénignes en tumeurs malignes, comme le prouve le tableau suivant :

Ces derniers a eux seuls donnent le rapport de .	1	à	373
Total des tumeurs bénignes non opérees . .			2,531
Dégénérescence maligne spontanée.			12
Rapport . .	12	à	2,531
»	1	à	211
Total des tumeurs opérées par les voies naturelles. . .			8,216
Dégénérescence apres l'opération.			33
Rapport	33	à	8,216
»	1	à	249

D'après cet exposé on peut voir que si la transformation d'une tumeur bénigne en cancer est possible, c'est néanmoins un fait d'une rareté excessive, presque une exception. De plus l'intervention n'a pas d'influence sur cette modification des éléments pathologiques. Du reste si l'on songe combien il peut être délicat d'établir le diagnostic différentiel entre plusieurs dégénérescences de la muqueuse vocale, même par l'examen microscopique (soit à cause de l'exiguïté des parcelles fournies à l'examen histologique, soit à cause de la rareté des éléments malins au moment où apparaît la tumeur), on comprendra comment certains auteurs ont pu considérer comme bénignes des tumeurs qui, en réalité, étaient malignes dès le début. Chacun de nous a été sur le point de commettre des erreurs semblables, après des investigations microscopiques minutieusement réitérées[1]. J'ai cité plus haut, à propos des adénomes un fait de ce genre ; je l'ai vu également se produire à propos de simples papillomes ; ce fut seulement à la deuxième ou troisième prise que la nature épithéliale du néoplasme put être révélée. Aussi, sans nier d'une façon absolue la transformation possible de certaines tumeurs dites bénignes, en cancer, avec F. Semon je considère le fait comme très rare et,

[1] Si l'histologiste n'est pas habitué à examiner au microscope les coupes provenant de certains organes et s'il ne connait pas à fond la manière de réagir de la muqueuse vocale, malgré toute sa compétence micrographique, le resultat de ses recherches pourra, dans des cas difficiles, être entaché d'erreur.

dans la généralité des cas, ne devant être accepté qu'avec les plus extrêmes réserves.

Diagnostic. — Le diagnostic des polypes du larynx est généralement facile. Chez les enfants il est rendu plus difficile par la résistance qu'ils mettent à se laisser examiner et aussi par l'abaissement considérable de leur épiglotte. C'est un inconvénient auquel on peut souvent parer, soit en tirant fortement la langue de l'enfant au dehors, à l'aide de la pince à langue, du chloroforme, soit en pratiquant l'examen direct avec l'instrument de Kirstein ou d'Escat.

Après avoir vu le néoplasme il faut en reconnaître la nature. Je ne veux point revenir sur les divers signes qui distinguent chacune de ces dégénérescences morbides, je me bornerai à dire que leur nature intime sera la plupart du temps décelée par un examen microscopique. Ce dernier est toujours indispensable pour déterminer leur constitution anatomique exacte

Des mucosités adhérentes aux cordes vocales pourraient faire croire à l'existence de petits polypes, mais en faisant exécuter au malade quelques efforts de toux, au besoin, en passant le porte-ouate sur les rubans vocaux, on supprimerait ces amas de mucus et on éviterait l'erreur.

L'œdème des cordes offre parfois l'aspect des myxomes ou des tumeurs kystiques, mais la suffusion séreuse s'accompagne toujours de signes inflammatoires qui mettent sur la voie du diagnostic.

Les végétations tuberculeuses ou syphilitiques ne sauraient embarrasser que des praticiens peu habitués au maniement du laryngoscope, car ces altérations morbides s'accompagnent d'un ensemble de lésions caractéristiques sur lesquelles j'ai déjà appelé l'attention dans des chapitres précédents.

Les formes pseudo-polypeuses de la tuberculose, rares du reste, ne sont reconnues qu'à l'examen histologique.

L'éversion des ventricules formera le corollaire des tumeurs bénignes du larynx et leur description contiendra naturellement les éléments du diagnostic de cette lésion.

Pronostic. — Le pronostic des tumeurs bénignes du larynx est tout à fait variable ; il dépend de l'âge des malades. Chez les jeunes enfants en effet, l'indocilité des sujets rend l'intervention délicate et souvent impossible. L'étroitesse de l'orifice glottique constitue un danger si les polypes arrivent à acquérir un volume considérable. Aussi dans le premier âge la mortalité est-elle assez grande parce que très souvent le diagnostic n'a pas été fait.

Par contre, chez les adultes, le pronostic doit être considéré comme bénin. Il ne faut faire de restrictions que pour les néoplasies ayant atteint des dimensions telles que le malade est exposé à mourir d'asphyxie. La mort survient alors que l'on n'a pas songé à pratiquer l'examen laryngoscopique. C'est là une erreur qui n'est plus permise aujourd'hui. Il faut prendre comme axiome que tout malade enroué, ou *a fortiori* ayant de la gêne respiratoire, doit être examiné avec le miroir laryngien.

Une tumeur volumineuse, pédiculée, située sur les bandes ventriculaires ou les replis ary-épiglottiques, peut à un moment donné être déglutie par le larynx, d'où apnée et mort par suffocation.

Les papillomes diffus, en chou-fleur, peuvent obstruer l'orifice glottique et nécessiter l'ouverture des voies aériennes. Ils ont aussi l'inconvénient de récidiver après les tentatives opératoires faites dans le but de les supprimer. Ils sont en général plus difficiles à enlever complètement par les voies naturelles que les autres polypes. Enfin nous avons vu précédemment qu'ils pourraient dans quelques cas très rares, se transformer en tumeurs malignes, ce qui assombrirait un peu leur pronostic.

Les kystes une fois détruits ne récidivent pas quel que soit du reste leur volume. Il est probable que les mouvements incessants de la muqueuse vocale ne permettent pas aux parois de se souder à nouveau et par conséquent au liquide de se reproduire dans une poche close.

Les fibromes sont également bénins, mais ce sont habituellement des tumeurs sessiles, difficiles à extirper complètement. Cependant grâce à l'introduction de la cocaïne dans la pratique laryngoscopique, toutes les manœuvres endo-laryngées ont été

facilitées, au point qu'il est bien rare de ne pouvoir supprimer même les fibromes les plus minuscules.

Le pronostic des enchondromes est moins favorable. Étalés, d'un volume considérable, ils nécessitent généralement des opérations plus graves, telles que la thyrotomie ou même la laryngectomie partielle.

Les autres tumeurs du larynx sont très bénignes ; exception doit être faite pour les angiomes dont l'extirpation peut s'accompagner d'hémorragie assez sérieuse pour nécessiter la trachéotomie hâtive avec tamponnement de la trachée, soit au moyen de la canule de Trendelenburg, soit avec de la gaze introduite dans le larynx par les voies naturelles, une fois la respiration assurée par la canule trachéale. L'application de l'adrénaline est destinée à rendre l'écoulement sanguin post-opératoire plus rare et moins important.

Le pronostic vocal est ordinairement bénin. Toutes les fois que l'opération par les voies naturelles est possible (cas habituel) le retour de la voix *ad integrum* est pour ainsi dire la règle.

Peut-être l'ablation d'un fibrome situé sur le bord libre d'un ruban vocal pourrait, chez un chanteur, laisser une certaine altération de la voix chantée, surtout chez les ténors ou les soprani.

Par contre, si l'opérateur a acquis une habileté suffisante dans les manœuvres laryngoscopiques, l'ablation des différentes néoplasies laryngées, même chez les chanteurs, ne laisse aucune trace.

Traitement. — La question du traitement des polypes du larynx est actuellement bien simplifiée. Si, à la rigueur, l'abstention peut être conseillée, pour des néoplasmes peu volumineux, occupant la face linguale de l'épiglotte ou les bandes ventriculaires, d'une façon générale le traitement est si simple et si bénin qu'il est préférable de débarrasser tout malade porteur de productions pathologiques quelconques de l'organe vocal. A plus forte raison doit-on opérer si les fonctions vocales du patient sont compromises par enrouement ou *a fortiori* par gêne de la respiration. On a le choix entre deux méthodes opposées : la voie endo et

extra-laryngée. Je me hâte d'ajouter que depuis l'introduction de l'anesthésie locale du larynx l'opération par les voies naturelles est devenue si commode et si facile, que l'on peut considérer comme tout à fait exceptionnels les cas dans lesquels on est obligé de recourir à l'extirpation des tumeurs bénignes du larynx par la voie externe.

1° *Méthode endo-laryngée.* — Si le malade est intelligent et confiant, s'il se livre bien et sans crainte à l'opérateur, l'ablation de la grande généralité des polypes du larynx *per vias naturales* est sans danger, indolore et à peu près exsangue. Grâce à cette intervention, on rétablit presque instantanément la fonction d'un organe aussi important que le larynx.

La rapidité et la sûreté de l'opération dépendront beaucoup de l'habileté du praticien, et aussi du volume, de la situation et de la nature du néoplasme.

Voici de quelle façon il faut procéder : On commence d'abord par anesthésier la muqueuse vocale, soit en insufflant dans le larynx de la poudre de sucre et de la cocaïne à 1/10, ou en instillant dans l'organe vocal quelques gouttes d'une solution aqueuse faite dans les mêmes proportions. L'insufflation pulvérulente ou l'instillation cocaïnique produisent d'abord une première anesthésie qu'il faut toujours compléter par l'application du même topique à l'aide du porte-ouate. Chez certains malades réfractaires, on doit employer des solutions au 1/5, additionnées au besoin de quelques gouttes de solution d'adrénaline à 1 p. 1000. Il faut toujours faire des badigeonnages répétés jusqu'à quatre, cinq et même huit et dix fois, pour obtenir l'anesthésie voulue.

Une fois le larynx parfaitement insensibilisé, ce dont il est facile de se rendre compte avec le porte-ouate garni, le praticien saisit alors son miroir de la main gauche et la pince de la droite, en priant le malade de tenir lui-même sa langue au dehors, avec sa main gauche également.

Je suppose, bien entendu, que l'opérateur est droitier, car, dans le cas contraire, ce serait la main opposée du malade et du médecin qui servirait à tenir la langue, le miroir et la pince.

L'éclairage étant bien dirigé, le praticien armé de l'instrument

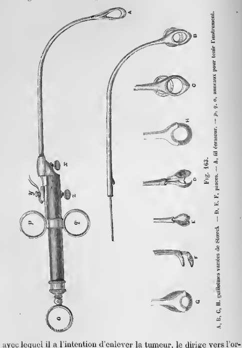


Fig. 163.

A, B, C, H, guillotines variées de Stœrck. — D, E, F, pinces. — A, fil écraseur. — *p*, *q*, *o*, anneaux pour tenir l'instrument.

avec lequel il a l'intention d'enlever la tumeur, le dirige vers l'organe vocal en se guidant sur l'image que lui donne le miroir laryngien. En principe, le procédé à suivre pour atteindre le but n'est pas aussi simple qu'on peut le supposer tout d'abord. Il ne suffit

pas, en effet, d'aller vers le polype; il faut le placer entre les mors de la pince, bien le saisir et l'extraire sans léser les parties sous-jacentes, c'est-à-dire sans enlever le bord de la corde vocale ou des parcelles de muqueuse.

L'opération se fait à l'aide d'instruments très variés. On pourrait presque dire que chaque opérateur a sa pince, ou du moins celles auxquelles il donne la préférence. Longtemps en France on a fait usage, d'une façon à peu près exclusive, de la pince de Fauvel, sur le modèle de laquelle ont été construites d'autres pinces plus ou moins analogues comme forme et surtout comme courbure.



Fig. 164. — Instrument de Moritz Schmidt, pour les polypes du larynx, avec une pince s'ouvrant dans tous les sens.

Stœrck, Schrötter, Krause et Héring ont préconisé l'emploi d'une série d'instruments variés d'un volume réduit. C'est un tube à courbure laryngée, dans lequel glisse une tige qui porte à son extrémité libre des mors, de petites cuillères, des guillotines, des serre-nœuds, ou bien encore des curettes dont la forme et la direction varient suivant les besoins de chaque cas.

Toutefois, cette mobilité même des extrémités de l'instrument les rend d'une délicatesse extrême. D'autre part, le fil d'acier se rouille souvent dans sa gaine, devient plus cassant, peut se rompre au moment de l'opération et tomber dans le larynx. C'est là un des ennuis de ces instruments compliqués, auxquels j'ai depuis longtemps renoncé. Ces pinces, à glissière, ont encore l'inconvénient de rentrer dans leur tube au moment où elles doivent enserrer le néoplasme, et, par conséquent, de s'éloigner de

ce dernier au lieu de le saisir. Mais l'habitude de l'instrument permet de vaincre, en peu de temps, cette petite difficulté. Par contre, le maniement de ces pinces est facile ; elles sont surtout utiles dans les cas de polypes de petit volume insérés sur le bord des rubans vocaux ou dans l'angle antérieur des cordes. La pince de Moritz-Schmitz convient aussi très bien pour les cas de ce genre. En France, Ruault a également fait construire une série de

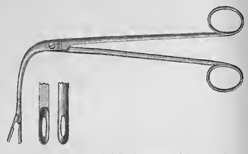


Fig. 165. — Pinces coupantes du Dr Ruault agissant latéralement et d'avant en arrière.

pinces emporte-pièce qui, entre des mains habituées aux manœuvres laryngoscopiques, donnent de très bons résultats, surtout lorsque les productions morbides sont sessiles, d'un volume relativement assez gros (grain de blé, petit pois, etc.), et d'une structure un peu ferme.

D'une façon générale, il me paraît que les instruments faits d'une seule pièce, ayant des formes qui varient un peu suivant les lésions, pourront successivement trouver leur emploi pour opérer dans le larynx. La pince de Suarez de Mendoza convient surtout aux débutants ou aux opérateurs peu familiers avec les interventions endo-laryngées. Dans quelques cas, on donnera la préférence aux curettes. Le raclage est surtout employé pour les petits

papillomes ou certaines tumeurs mûriformes de l'angle rentrant

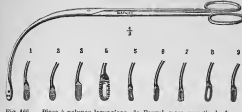


Fig. 166. — Pince à polypes laryngiens, de Fauvel, mors assortis de forme, de dimensions et de force, modèle Mathieu, pour enfants et adultes.

des cordes. Cependant, faute d'appui suffisant, l'opération à la

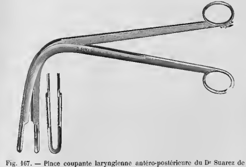


Fig. 167. — Pince coupante laryngienne antéro-postérieure du Dr Suarez de Mendoza.

curette n'est pas aussi facile et aussi simple qu'elle le paraît au premier abord. Aussi l'arrachement donne-t-il, en général, de meilleurs résultats que le curettage.

Le moment où devra être faite l'extirpation des polypes du larynx variera suivant leur forme, leur nature et leur mode d'im-

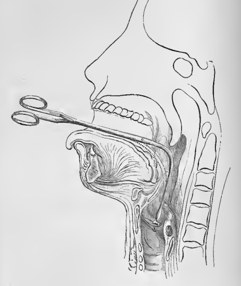


Fig. 168. — Direction de la pince au moment de l'extirpation d'un polype de la corde vocale.

plantation. C'est ainsi que l'ablation sera pratiquée, soit pendant la phonation (tumeurs pédiculées), soit au cours de l'inspiration, alors que les cordes vocales sont écartées de la ligne médiane (tumeurs sessiles de petit volume, du bord des cordes).

Pour les kystes, l'écrasement suffit. Pour ces sortes de tumeurs on fera usage, soit de pinces coupantes, de manière à enlever une



Fig. 169. — Pince du Dr Dundas Grant.

partie de la poche s'ils sont volumineux, soit d'un bistouri caché ou du couteau galvanique, pour les vider de leur contenu

Dans quelques cas, la destruction de la tumeur pourra se faire

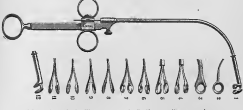


Fig. 170. — Série d'instruments du Dr Krause. Pinces variées.

à l'aide de cautérisations. Les substances chimiques ne sont guère plus de mise actuellement; elles ont été remplacées par le galvanocautère, qui a l'avantage de pouvoir être porté à froid et de rougir au moment où l'on fait passer le courant électrique. Cet instrument convient surtout aux petites saillies dures et sessiles

(fibromes), difficiles à prendre entre les mors des diverses pinces. Cette pratique, assez délicate, exige une main très habituée aux manœuvres laryngoscopiques, pour bien localiser la cautérisation au point voulu.

L'électrolyse est à peu près abandonnée; elle ne pourrait être employée que pour les polypes très vasculaires (angiomes); encore est-elle d'une application assez difficile.

Il ne faut pas croire que la méthode endo-laryngée soit exclusivement réservée aux tumeurs de petit volume ne gênant que la



Fig. 171. — Polypotome laryngien.

phonation. On peut aussi l'employer pour détruire et enlever des néoplasmes volumineux, occasionnant de la dyspnée continue et même des accès de suffocation.

Bien des praticiens, ayant une certaine expérience, ont eu l'occasion d'opérer de ces dégénérescences morbides obstruant plus ou moins complètement l'entrée des voies aériennes. En général, l'intervention faite par les voies naturelles a été relativement facile, et s'est passée sans incident. L'accident réellement inquiétant dans ces cas, ce n'est point le spasme, car le larynx habitué à la présence du corps étranger réagit fort peu; c'est plutôt l'hémorragie, si la tumeur contient des vaisseaux un peu importants, ou si elle est en voie de dégénérescence sarcomateuse.

En général, aussitôt les tumeurs bénignes de l'organe vocal enlevées, la voix revient immédiatement normale, pour être ensuite enrouée pendant quelques jours, et reprendre son timbre habituel, dès que la poussée inflammatoire consécutive à

l'opération a complètement disparu (trois semaines ou un mois après).

2° *Opération par la voie externe.*— Si l'opération par les voies naturelles doit être réservée à la grande généralité des tumeurs

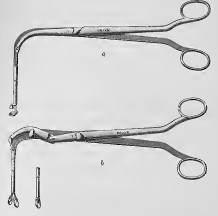


Fig. 172. — Pinces laryngiennes du Dr Mahu, agissant de bas en haut (*a*) et latéralement (*b*) (modèle Collin).

bénignes du larynx, il peut se faire que l'on soit obligé de recourir à la voie externe. Chez quelques jeunes enfants, porteurs de tumeurs assez volumineuses pour mettre leur existence en danger, et chez quelques sujets ayant des papillomes diffus, il est souvent préférable d'opérer par l'extérieur. J'ai vu des papillomes récidivant aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, ne céder qu'au curettage du larynx après laryngofissure, et encore est-il indispensable, dans ces cas, de laisser le malade respirer par sa ca-

nule durant plusieurs mois. Chez quelques enfants, le port longtemps prolongé du tube trachéal suffit pour guérir les dégénérescences papillaires du larynx, sans qu'il soit besoin d'ouvrir cet organe et de le curetter. De même, l'ankylose des mâchoires, certaines difformités de la langue constituent des contre-indications absolues à l'intervention par la bouche, et obligent par conséquent à recourir à la voie externe. Les enchondromes sont généralement difficiles à extirper par la méthode endo-laryngée. Le plus souvent, ils nécessitent l'ouverture du larynx. Nous avons alors le choix entre trois procédés, savoir :

La thyrotomie (laryngo fissure) ou division verticale du cartilage thyroïde sur la ligne médiane.

La laryngotomie transversale sous-hyoïdienne ou division de la membrane thyro-hyoïdienne.

La laryngotomie sous-hyoïdienne ou division de la membrane crico-thyroïdienne.

Ces trois modes d'intervention seront décrits à propos du traitement du cancer du larynx.

LARYNGITE NODULAIRE

On donne le nom de laryngite nodulaire à une variété d'hypertrophie circonscrite de la muqueuse vocale, généralement localisée dans le tiers antérieur ou postérieur des cordes.

Étiologie. — La laryngite nodulaire a été successivement désignée sous les noms de nodule des chanteurs, chordite hyperplasique nodulaire, chordite des chanteurs, nodule inflammatoire, etc. Cette lésion s'observe assez fréquemment, en effet, chez certains chanteurs; toutefois, ce n'est point une altération vocale qui soit leur apanage exclusif. On peut, aussi, rencontrer les nodules vocaux chez toutes les personnes qui abusent de la voix parlée; c'est ainsi que les comédiens et tragédiens, les avocats, les prédicateurs, les professeurs de chant et les institutrices y sont plus particulièrement prédisposés Si la maladie s'observe assez fré-

quemment chez les chanteurs, c'est que chez ces derniers la moindre altération vocale détermine un trouble suffisant pour qu'ils songent immédiatement à consulter le médecin.

Le sexe paraît avoir une influence marquée sur la production de la laryngite nodulaire; cette dernière est plus fréquente chez les femmes.

Ces hypertrophies localisées sont, à mon sens, assez communes chez les enfants; et, chez eux, elles persistent souvent jusqu'au moment de l'adolescence.

Il m'a paru que les institutrices le plus fréquemment atteintes, étaient les jeunes filles ou jeunes femmes qui, ayant un petit larynx (soprani), étaient obligées, pour faire leur classe, de parler en voix dite de poitrine. A mon avis, le déclassement de la voix est une des principales causes de cette affection particulière du larynx. Poyet croit que les mezzi sont les plus souvent atteintes, parce qu'encouragées par leurs professeurs de chant, elles veulent toutes devenir soprani.

Ces lésions sont aussi beaucoup plus fréquentes chez les ténors légers que chez les barytons et les basses; elles sont même très rares chez ces derniers.

Ce fait ne doit pas nous surprendre, étant donné que le larynx des ténors légers est celui qui se rapproche le plus par sa conformation, sa souplesse et, si je puis m'exprimer ainsi, sa finesse, du larynx de femme.

En résumé, le malmenage vocal d'abord (déplacement du registre vocal), et le surmenage, sont les causes habituelles des laryngites nodulaires.

Pathogénie. — La pathogénie de ces troubles vocaux a fait l'objet de nombreuses discussions; cependant, il paraît admis aujourd'hui que les efforts exagérés et continuels pendant la phonation ou pendant le chant, doivent produire une irritation lente et continue des cordes vocales.

D'un autre côté, lorsque le chanteur ou la personne obligée de parler déplace sa voix, c'est-à-dire parle ou chante dans un registre qui ne lui est pas dévolu par la nature, il se produit de ce

fait une irritation beaucoup plus active et plus constante, sous l'influence de laquelle se développe cette hyperplasie localisée, appelée nodule.

On a également beaucoup discuté afin de savoir pourquoi ces altérations morbides siégeaient presque toujours sur le tiers antérieur des cordes vocales. Cependant, lorsqu'on a l'occasion de pratiquer l'examen laryngoscopique, il est facile de voir que ce point des rubans vocaux est celui qui correspond à la fermeture antérieure de l'orifice glottique au moment du passage de la voix de poitrine à la voix de fausset. Il suffit du reste, pour s'en convaincre, de consulter les intéressantes photographies du docteur French (de Brooklyn), qui donnent la preuve absolue de ce fait.

De plus, lorsqu'il existe de l'irritation des cordes vocales, avec légère hypersécrétion muqueuse à leur surface, c'est toujours vers la partie antérieure des cordes, et sur le bord libre, que s'accumulent les mucosités. Elles forment, à ce niveau, de petits amas laiteux qui vibrent au moment de l'émission de la voix. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que le frottement répété et excessif de ce point des replis thyro-aryténoïdiens pendant les efforts vocaux exagérés, constitue à la longue une irritation persistante d'abord, puis une hyperplasie nodulaire localisée à ce niveau.

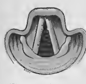
Le siège des nodules, à la partie postérieure, s'explique de la même manière, et, s'ils sont moins fréquents dans ce point, c'est que la fermeture postérieure de l'orifice glottique est surtout assurée par le muscle ary-aryténoïdien qui allège l'effort supporté par les cordes vocales à ce niveau.

Cette interprétation me paraît suffisante pour expliquer l'apparition des nodules véritablement hyperplasiques. Dans quelques cas on voit survenir, par suite de fatigue vocale et de surmenage, des saillies ayant l'aspect nodulaire ; ces dernières sont la conséquence d'une sorte de relâchement musculaire localisé au point de jonction des deux tiers postérieurs, ou bien du tiers antérieur des rubans vocaux. Ce sont plutôt des parésies musculaires du thyro-aryténoïdien (fibres internes) que de véritables hyperkératoses localisées.

Symptômes. — Ce qui domine chez les sujets atteints de nodules, ce sont les troubles de la phonation; ces derniers sont liés aux lésions de la laryngite catarrhale qui accompagnent presque constamment ces néo-productions.

Les altérations de la voix sont surtout faciles à apprécier chez les chanteurs, au moment où ils veulent employer la demi-teinte, ou chanter sur les notes dites du passage de la voix.

Par contre, pendant l'émission des sons graves et de la voix de poitrine, il peut se faire que l'altération vocale soit à peu près nulle. Aussi, en faisant un effort, le chanteur peut-il, au moins au



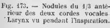


Fig. 173. — Nodules du 1/3 antérieur des deux cordes vocales. Larynx vu pendant l'inspiration.

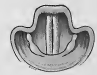


Fig. 174. — Nodules vu pendant la phonation. Il existe deux orifices glottiques.

début, et dans les cas légers, venir à bout de l'obstacle qui entrave un moment ses cordes, et donner à sa voix assez de netteté.

Assez souvent, en écoutant de près, on observe le symptôme désigné sous le nom de diphtonie ou double voix; ce phénomène consiste dans la production de deux sons au moment de l'émission vocale. Ordinairement, le son surajouté est plus faible et forme, avec le son principal, un accord parfait à la tierce ou même parfois à l'octave. L'explication de ce phénomène se trouve dans ce fait, que le ruban vocal est partagé en deux parties vibrantes : l'une, antérieure, très courte, partant de l'angle rentrant des cordes jusqu'au point nodulaire; l'autre, postérieure, plus longue, partant du contact antérieur et allant jusqu'à la région aryténoïdienne (fig. 174).

A moins de complications, les autres troubles fonctionnels

sont, pour ainsi dire, nuls. Néanmoins, les sujets atteints graillonnent facilement, c'est-à-dire développent dans l'intérieur du larynx des mucosités dont ils cherchent à se débarrasser par une sorte de raclement répété.

Symptômes objectifs. — L'emploi du laryngoscope est indispensable pour faire le diagnostic de la lésion. Avec le miroir, on pourra se rendre compte de l'intégrité de la muqueuse vocale ou bien d'un léger état catarrhal des cordes qui auront perdu leur aspect nacré, et qui présenteront sur leurs bords libres, et le plus souvent dans le tiers antérieur, deux petites saillies symétriques, acuminées, ou arrondies et sessiles sur la muqueuse qui les supporte. Elles ressemblent assez bien à une petite tête d'épingle ou à un grain de mil. Lorsque ces épaississements nodulaires ont un volume plus considérable, ils deviennent alors de véritables polypes du larynx. Pendant les efforts de phonation, ces nodules viennent s'affronter par leur sommet, empêchant ainsi les cordes vocales de se mettre en contact dans toute leur longueur (fig. 173-174).

Il arrive fréquemment que l'un des nodules est plus volumineux que son congénère; parfois même la lésion n'occupe qu'une seule corde. Il n'est pas rare, dans les formes un peu anciennes et graves, de constater en même temps l'existence de troubles parétiques portant, soit sur l'ary-aryténoïdien, soit plus fréquemment sur les fibres internes du thyro-aryténoïdien.

De même, pendant l'examen laryngoscopique, on voit assez souvent les nodules se recouvrir d'une sécrétion blanchâtre, visqueuse, ressemblant assez bien à de la crème de lait, adhérant à la muqueuse sous-jacente. Ces sécrétions vibrent avec les cordes au moment de l'émission de la voix.

Pendant l'inspiration, les nodules apparaissent très étalés à la surface de la corde; leurs bords se confondent presque avec la muqueuse saine qui les entoure. D'autres fois, un fin réseau vasculaire accompagne la saillie hyperplasique.

Diagnostic. — Le diagnostic est généralement facile; la profession du malade d'une part, l'aspect de la lésion d'une autre, sont

assez caractéristiques pour qu'il soit difficile de les confondre avec d'autres lésions. Les dilatations kystiques sont ordinairement uniques et plus saillantes que les nodules; elles sont même bien souvent transparentes.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique de cette altération a été faite bien des fois; je me bornerai à rapporter ici les conclusions du travail de MM. Sabrazès et Frèche, qui résument bien l'état de la question à ce jour.

D'après ces auteurs, les nodules sont constitués histologiquement par des hypertrophies limitées de l'épithélium et du chorion muqueux. Tantôt l'épaississement de l'épithélium est prédominant, et, dans ce cas, ou bien l'hyperplasie intéresse les diverses couches cellulaires, ou bien elle porte plus particulièrement sur l'une d'elles et s'accompagne soit de kératinisation en excès, soit d'une multiplication exagérée des cellules polyédriques : tantôt le chorion réagit plus vivement sous la forme de saillies papillaires. Le plus souvent l'épithélium et le chorion participent à l'épaississement, celui-ci est d'autant plus appréciable que le revêtement muqueux du bord libre des cordes vocales est, normalement, très mince puisqu'il mesure à peine, d'après Heymann, de vingt-trois à vingt-six μ.

Dans un cas de nodule opéré par moi, chez un chanteur, M. Sabrazès constata l'existence d'une sorte de dégénérescence kystique double Du reste, ces sortes de dilatations seraient d'après cet auteur, en germe dans la plupart des nodules de cet ordre.

On a également publié des cas dans lesquels existaient des kystes glandulaires, mais ces faits doivent être considérés comme tout à fait isolés et rentrer dans le groupe des petits kystes des bords des cordes plutôt que dans la catégorie des véritables nodules.

Les cavités enkytées que l'on trouve à l'examen de certaines coupes histologiques de nodules sont dues soit à des dilatations des vaisseaux et des espaces lymphatiques (Chiari), soit à une dégénérescence muqueuse des chorions (Sabrazès) ; très rarement à des kystes glandulaires (Fraenkel, Chiari) pour les motifs que je

viens d'exposer. D'après MM. Garel et Bermond certains nodules peuvent être comparés aux bourgeons myxomateux ou fibro-myxomateux des fosses nasales (cités in thèse de Hautière).

Marche. Durée. Terminaison. — La marche de la laryngite nodulaire est lente ; elle subit des modifications et des temps d'arrêt variables, suivant que les personnes atteintes continuent l'exercice de leur profession et surtout le malmenage vocal qui a déterminé leur affection, ou au contraire, qu'elles font le nécessaire pour que ces altérations morbides disparaissent avant d'être complètement constituées.

Lorsque le nodule apparaît comme symptôme final de fatigue musculaire chez les chanteurs, il est en général d'un pronostic grave, non par la saillie qu'il occasionne sur le bord des cordes, mais à cause des troubles musculaires qui l'accompagnent

La durée peut donc être très longue à partir du moment où a commencé à se faire l'hyperplasie C'est quelquefois par années qu'il faut compter. Il est difficile de dire si les récidives sont fréquentes, car les observateurs ayant étudié les nodules ne font pas mention des cas où l'altération vocale est revenue quelque temps après, on ne rapporte généralement que les cas de guérison.

Le pronostic est bénin en ce qui concerne la santé générale ; il est seulement grave au point de vue professionnel, surtout pour les chanteurs. Par contre il est presque de règle de voir les nodules infantiles disparaître avec l'âge.

Traitement — Le traitement comprendra plusieurs indications :

On devra tout d'abord supprimer les causes qui ont donné naissance au nodule, tels les efforts exagérés surtout le déplacement de la voix chez les chanteurs et les cris chez les enfants. Il faudra assurer la liberté des fosses nasales, cause fréquente de surmenage du larynx chez les personnes faisant un usage journalier de la parole.

Enfin et surtout, apporter un remède au surmenage ou plutôt au malmenage vocal dont le nodule est presque toujours l'expression. A ce titre, le repos de l'organe est la première indication à

remplir. Souvent l'hygiène et les précautions suffisent pour faire



Fig. 175. — Pince laryngienne à mors antéro-postérieurs du Dr Moure.

disparaître les petites saillies commençantes et si la personne ainsi atteinte ne retombe par dans les mêmes fautes qui avaient

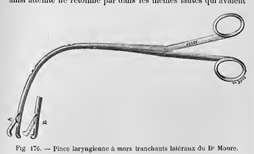


Fig. 176. — Pince laryngienne à mors tranchants latéraux du Dr Moure. A, à droite. — B, à gauche.

entraîné le premier trouble vocal, il peut se faire que l'affection disparaisse à tout jamais.

Au contraire, dans les cas plus graves, lorsque le nodule est

parfaitement constitué, lorsqu'il existe une véritable hyperplasie locale, que le repos ne peut pas faire disparaître complètement, mais qu'il atténue toujours dans une certaine mesure, le seul traitement à employer est l'ablation de la partie saillante. Une fois la muqueuse vocale anesthésiée on devra à l'aide d'une pince de petit calibre aller saisir et enlever d'un seul coup la saillie nodulaire jusqu'à sa base d'insertion sans entamer la corde vocale sous-jacente.

Cette opération terminée on fera un badigeonnage du point

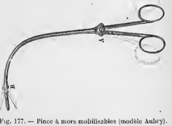


Fig. 177. — Pince à mors mobilisables (modèle Aubry).

d'implantation avec une solution de chlorure de zinc au 1/15. On laissera ensuite le malade au repos pendant plusieurs mois si c'est un chanteur, plusieurs semaines si c'est une institutrice ou un sujet ayant simplement besoin de sa voix parlée.

Dans les cas beaucoup plus graves, accompagnés d'un véritable relâchement de toute la muqueuse des cordes on pourra faire l'opération recommandée autrefois par Labus (de Milan) et désignée par lui sous le nom de décortication des cordes. Pour obtenir ce résultat on saisit dans une pince la partie de la muqueuse glottique en essayant de décortiquer tout le bord libre de la corde malade. Il n'est pas besoin de dire que cette intervention nécessitera un repos de six mois au moins, pour que la muqueuse de nouvelle formation reprenne la puissance nécessaire à l'exercice de la voix.

Ce sont là des manœuvres que l'on réservera aux cas les plus graves, c'est-à-dire à ceux tout à fait désespérés, où il ne paraîtra plus possible de rendre au chanteur, par un repos ou un autre moyen hygiénique la voix qu'il a perdue.

Dans d'autres cas, si l'on est suffisamment habitué aux manœu-

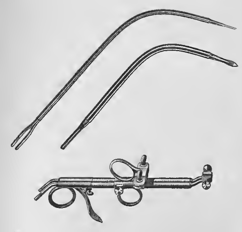


Fig. 178. — Cautères pour le larynx et manche universel pour cautères et pour anses

vres laryngoscopiques, on pourra cautériser au galvanocautère chauffé au rouge sombre la partie nodulaire à détruire. Il faudra bien se garder de faire une cautérisation trop profonde. Généralement il est préférable d'avoir besoin d'y revenir, plutôt que de trop détruire à la première intervention.

Quelques pulvérisations calmantes (voir p. 350) seront le complément utile du traitement chirurgical que je viens d'indiquer.

Dans les formes parétiques, l'électrisation extra ou endolaryngée (courants faradiques et continus), le massage et les exercices vocaux réguliers et méthodiques, sans fatigue, pourront aussi trouver leur emploi.

ÉVERSION DES VENTRICULES

Cette affection qui forme en quelque sorte le corollaire des tumeurs bénignes du larynx, est bien connue aujourd'hui. Elle ne consiste pas en réalité, comme semblerait l'indiquer le titre de ce chapitre, en une luxation en dedans de la muqueuse du ventricule de Morgagni, mais simplement en une saillie plus ou moins considérable de la muqueuse qui tapisse ces cavités. Les faits de ce genre, dont Lefferts, Solis Cohen, Elsberg et Massei ont les premiers rapporté des observations, considérés autrefois comme rares, sont devenus actuellement bien plus communs, depuis le jour où B. Fraenkel, de Berlin, a publié sur ce sujet une excellente monographie.

En France cette altération morbide a surtout été étudiée, sous mon inspiration, par un de mes anciens élèves, le Dr Noak, de Lyon et quelques temps après par M. Lussan (thèse de Bordeaux). D'après les recherches anatomiques sur la manière dont le tissu ventriculaire adhère au cartilage thyroïde d'une part, à la base de l'épiglotte et aux aryténoïdes d'autre part, on comprend combien il est impossible à cette muqueuse fortement soudée et faisant corps avec le périchondre des différentes régions sur lesquelles elle est insérée, de venir se luxer et s'éverser en dedans. Aussi, même dans les cas où la partie saillante est très considérable, ce n'est pas à une éversion ventriculaire dans le sens propre du mot que l'on a affaire, mais à un bourrelet inflammatoire parfaitement rattaché au tissu profond avec lequel il ne cesse de faire corps.

Étiologie. Formes. — L'affection peut survenir soit d'une manière aiguë, à la suite d'un simple catarrhe, ainsi que j'ai eu il y a quelques années l'occasion d'en faire publier un cas (Beausoleil).

Mais le plus souvent c'est à la suite d'inflammations chroniques de la muqueuse du larynx que l'on voit apparaître cette saillie anormale ; elle n'est pas très rare chez les malades exposés aux causes habituelles des laryngites chroniques (vapeurs, poussières irritantes, chanteurs, orateurs, etc.).

Ainsi que l'a très bien dit le Dr Lussan dans son travail inaugural, il est commun de voir le prolapsus du ventricule de Morgagni survenir d'emblée et se produire rapidement.

Ordinairement, dans le premier stade sur lequel Stoerck a particulièrement appelé l'attention, on ne constate qu'une simple rougeur du bord inférieur de la bande ventriculaire, alors que tout le reste de la muqueuse vocale est parfaitement sain. Les troubles fonctionnels, purement vocaux, ne peuvent être observés que chez les chanteurs, et encore chez ceux dont la voix ou le timbre exigent une pureté spéciale (ténors légers, soprani, certains barytons d'opéra-comique).

Dans la seconde période, on voit l'orifice du ventricule s'effacer, et être remplacé par une petite saillie qui occupe la région où devrait se trouver une cavité. Ces faits de prolapsus inflammatoire sont très communs surtout dans certaines laryngites infectieuses telles que la tuberculose ou la syphilis.

Enfin, dans un troisième stade, la prolifération conjonctive augmentant, la tumeur ventriculaire prend l'aspect d'un véritable polype à base sessile, occupant l'espace ventriculaire ; c'est à ce stade que les auteurs réservent le nom d'éversion du ou des ventricules.

Symptomatologie. — Les symptômes fonctionnels font à peu près défaut au début, sauf chez les chanteurs, dont la voix se fatigue assez rapidement et s'enroue même parfois. A cette période les symptômes passent complètement inaperçus, car ils peuvent appartenir à toutes sortes de laryngites simples, aussi bien qu'à l'inflammation de la muqueuse ventriculaire. C'est seulement à la période confirmée, alors que la muqueuse est saillante, recouvrant en grande partie ou en totalité, le ou les rubans vocaux, que les troubles de la voix sont accusés. Le son est voilé, couvert,

on constate même parfois une véritable aphonie ou une voix étouffée, si la ou les tumeurs sont volumineuses.

La respiration n'est point altérée dans son rythme, à moins que les saillies des deux muqueuses ventriculaires très tuméfiées, ne viennent rétrécir notablement l'orifice glottique, et encore, même dans ces cas, si les aryténoïdes sont mobiles, le passage de l'air dans la glotte intercartilagineuse est-il suffisant pour empêcher la dyspnée d'être intense. Il faut, bien entendu, excepter les cas où l'éversion est symptomatique d'une néoplasie ou de lésions graves de la muqueuse vocale. La toux est nulle, sauf dans les formes aiguës, si elle existe, elle est ordinairement la conséquence des lésions qui accompagnent la tuméfaction ventriculaire.

A l'examen laryngoscopique, suivant que la saillie est uni ou bilatérale, on voit d'un ou des deux côtés du larynx, soit un simple boursouflement masquant à la vue l'orifice des ventricules, soit au contraire, dans les cas plus prononcés, une ou deux tumeurs lisses, unies à leur surface, occupant toute la partie externe du larynx, d'avant en arrière, cachant plus ou moins la corde vocale sous-jacente et se rattachant à la bande ventriculaire par une sorte de petite excavation souvent difficile à apercevoir, au point qu'il semble que la corde vocale supérieure fait suite avec la muqueuse prolabée.

Les parties tuméfiées apparaissent un peu plus rouges que le reste de la muqueuse vocale. Au toucher avec la sonde, elles sont rénitentes, mollasses, parfois même en partie réductibles. J'ai vu dans quelques cas la tumeur diminuer de volume sous l'influence d'attouchements avec une solution de cocaïne et d'adrénatine, elle a même pu être réduite presque en totalité pour bientôt faire de nouveau issue dans la lumière du larynx. Si la partie saillante est assez considérable, on la voit pendant les efforts de phonation et d'inspiration subir des mouvements de va-et-vient. Quelquefois même la muqueuse ventriculaire n'apparaît que pendant les mouvements d'inspiration profonde, alors que le larynx est complètement relâché.

L'éversion peut n'occuper que la partie antérieure ou postérieure du larynx, formant là comme une sorte de petite tumeur lisse,

unie, se continuant presque sans ligne de démarcation avec la bande ventriculaire dont elle semble faire partie. Ces tuméfactions partielles ne sont pas extrêmement rares.

Diagnostic. — Le diagnostic n'est pas toujours facile, car une tumeur issue du ventricule, polype angio-myxomateux (Moure), kystes, etc., peut dans une certaine mesure, simuler un prolapsus ventriculaire. Néanmoins, à un examen minutieux on arrive habituellement à établir le diagnostic exact de la lésion. Il s'agit simplement de déterminer si l'on est en présence d'un processus purement inflammatoire et catarrhal ou au contraire d'une lésion secondaire à la syphilis, la tuberculose, ou même une tumeur maligne de l'organe vocal.

Dans quelques cas plus rares, c'est seulement par l'examen histologique qu'il est possible d'établir le diagnostic exact de la saillie enlevée.

Traitement. — Quelques auteurs avaient proposé autrefois de réduire la muqueuse ventriculaire à l'aide de la sonde, et de faire des attouchements de la région enflammée avec des solutions astringentes, mais ces moyens échouent dans la plupart des cas.

Les cautérisations chimiques ou galvaniques s'appliqueront aux hypertrophies, encore à leur début, mais lorsque la tumeur est considérable, au point de venir recouvrir plus ou moins complètement la ou les cordes vocales correspondantes, je crois qu'il faut agir comme on le ferait pour un simple polype, et en pratiquer l'ablation à la pince coupante, en une ou plusieurs séances, suivant le volume de la partie exubérante. On sera même autorisé parfois à supprimer le néoplasme par la thyrotomie en faisant bien entendu la réunion immédiate du cartilage thyroïde sectionné.

Dans quelques cas, après l'ablation on devra faire une cautérisation galvanique, soit pour arrêter l'hémorragie, soit pour réduire les parties de la muqueuse déchiquetée par la pince. Dans les formes légères, des cautérisations répétées au galvanocautère peuvent être utiles aux malades.

LARYNGOCÈLE

Quoique connue depuis longtemps, depuis les travaux de Larrey et de Hutchinson, les laryngocèles ne sont pas des tumeurs extrêmement fréquentes.

C'est ainsi que M. Pelletier, dans sa thèse sur ce sujet (Paris, 1900), n'a pu réunir en y ajoutant ceux qu'il avait observés lui-même, que 15 faits de ce genre; encore fait-il rentrer dans son travail un certain nombre de tumeurs qui appartiennent autant à la trachée qu'au larynx.

Étiologie. — La cause des laryngocèles est la même que celle des trachéocèles. D'une façon générale, on peut admettre que ces tumeurs gazeuses peuvent se produire par rupture du conduit aérien et épanchement d'air dans les régions voisines, ou par hernie des parties molles, entre les pièces cartilagineuses du larynx. Ces deux lésions surviennent sous l'influence d'un traumatisme ou d'un effort violent, toux quinteuse (Moure, Beausoleil) ou en général d'efforts exagérés de toute sorte.

Une fois j'ai vu survenir une hernie de la muqueuse laryngienne au niveau de la partie moyenne du ventricule de Morgagni dans le cours d'une bronchite à forme spasmodique. Toutefois il faut admettre que la formation de ces tumeurs doit être facilitée par l'existence de dispositions anatomiques particulières, que Virchow a décrites sous le nom de laryngocèle ventriculaire et que Sappey considère comme normales chez certains individus. Elles consistent dans un prolongement des ventricules du larynx, jusqu'au niveau de l'os hyoïde ou même de la muqueuse sublinguale.

Symptômes. — Ce sont à peu près ceux de toutes les tumeurs gazeuses de la région du cou. En général, le siège, la forme lisse, arrondie, la réductibilité par la pression ou le massage, la rénitence et la sonorité à la percussion, lorsque la partie saillante est assez volumineuse pour pouvoir être percutée, sont les signes caractéristiques de la laryngocèle.

Il n'est pas toujours facile de réduire la tumeur car l'orifice de communication avec le larynx peut être extrêmement minime (Pelletier). Dans ces cas on constate toujours la distension de la poche sous l'influence d'un effort et sa consistance gazeuse. La laryngocèle diffère de la trachéocèle par le siège de la tumeur, ou tout au moins de son pédicule.

Pronostic. — Il est généralement bénin, l'affection n'ayant guère de tendance à s'étendre si elle est contenue et si le malade ne s'expose pas à des efforts trop violents.

Traitement. — En présence d'une tumeur gazeuse du larynx, suivant son volume, son siège, et surtout d'après les troubles qu'elle occasionne, on pourra ou s'abstenir de tout traitement et se borner à la contenir à l'aide d'un appareil approprié, tampon de ouate, pelote, etc. D'autres fois on devra pratiquer l'exérèse de la poche distendue. Dans ce but on fera une incision sur la tumeur dont il faudra d'abord rechercher le sac, jusque dans le larynx. Une fois celui-ci découvert, on en pratiquera la résection et l'on accolera par suture serrée en surjet, les deux lèvres de la plaie muqueuse du larynx. La suture des tissus du cou sera faite au catgut et celle de la peau au crin de Florence comme d'usage.

Une pareille intervention n'est pas toujours des plus aisées, la difficulté consiste surtout à retrouver la poche qu'il est impossible de gonfler pendant l'opération; néanmoins, dans un cas grave, mettant en danger la vie du malade, ce serait la seule conduite à tenir pour obtenir la guérison.

TUMEURS MALIGNES. CANCER DU LARYNX

Pour la commodité de l'étude, il convient de diviser les cancers du larynx en deux groupes principaux, les tumeurs intra et extra-laryngées.

Étiologie. — D'après les relevés statistiques, le cancer du larynx est l'apanage à peu près exclusif de l'âge adulte, c'est

surtout de quarante à soixante ans que l'on observe cette affection dont on a cependant signalé quelques exemples, très rares du reste, chez les enfants (Reid, Cauzit, Ziemssen, etc.). D'une manière générale, les hommes sont beaucoup plus exposés que les femmes, soit que l'abus du tabac, de l'alcool, les efforts vocaux contribuent dans une certaine mesure à expliquer cette fâcheuse prédisposition, soit au contraire qu'elle tienne à la nature même du larynx de l'homme. En effet, si réellement les inflammations répétées produites par le tabac et l'alcool étaient les seuls facteurs du cancer laryngien, on devrait rencontrer ces dégénérescences morbides chez les femmes qui, comme les hommes, se livrent avec excès, à l'usage immodéré de ces agents irritants. Bien que je ne veuille pas refuser à l'abus du tabac une action véritablement nocive, je crois surtout qu'il faut faire jouer un rôle à l'hérédité, ou tout au moins à certaines prédispositions individuelles que nous connaissons aussi mal pour la muqueuse vocale que pour le cancer des autres organes.

Ainsi que l'a fait observer autrefois Fauvel, le cancer du larynx est assez commun chez ces sujets très vigoureux en apparence, que l'on est convenu d'appeler des arthritiques ou goutteux.

Quant aux tumeurs malignes secondaires du larynx, j'ai eu l'occasion d'en voir un exemple l'an passé ; la néoplasie vocale occupant le repli ary-épiglottique gauche et l'entrée de l'œsophage avait succédé à un cancer du rectum (épithélioma) opéré quelques mois auparavant par le professeur Lanelongue (de Bordeaux). Enfin j'ai déjà dit ce que je pensais (voir p. 536) de la transformation possible de certaines tumeurs primitivement bénignes, en néoplasies malignes ; je n'y reviendrai pas ici.

Symptômes. — Les symptômes du cancer laryngien sont de deux ordres : A. fonctionnels, et B. objectifs.

A. *Symptômes fonctionnels.* — Souvent très vagues au début et passant presque inaperçus, ils varient un peu suivant le siège du néoplasme. Dans les cas de tumeurs intra-laryngées des cordes vocales, l'altération de la voix, constitue le premier symptôme

de la maladie. Elle apparait longtemps avant que l'attention ait était attirée du côté du larynx. C'est ainsi que l'on a vu des malades porteurs de troubles vocaux depuis trois, quatre, cinq ans et même davantage, n'ayant pas songé à consulter un médecin, croyant qu'il s'agissait d'un enrouement sans importance. A mesure que la tumeur augmente de volume, qu'elle se caractérise, la voix devient rauque, inégale et rude, comme boisée ou ligneuse (Fauvel). A une période plus avancée, elle est voilée et même aphone ; il semble que le malade parle sans cordes vocales.

Lorsque la tumeur est extra-laryngée les troubles de la phonation peuvent faire complètement défaut pendant assez longtemps, tandis que ceux de la déglutition sont au contraire assez précoces. C'est tout d'abord une douleur légère au moment du passage du bol alimentaire, une sorte de gêne à l'arrière-gorge. Les modifications de la voix n'apparaissent que lorsque l'entrée du larynx est plus ou moins obturée par la tumeur, ou que l'un des côtés de cet organe est immobilisé par le néoplasme infiltré dans la région correspondante. Au début la toux est très rare, c'est dans les néoplasies extra-laryngées, une sorte de besoin de débarrasser sa gorge, une sorte de raclement désagréable plutôt qu'une véritable toux.

L'expectoration nulle d'abord, devient plus tard muqueuse, filante ou muco-purulente et purulente et même sanieuse. La présence de sang dans les sécrétions rejetées par le malade constitue, à mon sens, un symptôme important pour établir le diagnostic de l'affection.

A une période plus avancée de la maladie l'expectoration est surtout constituée par la salive que le malade ne peut plus avaler tellement il est affaibli et tellement les mouvements d'ascension du larynx sont gênés.

Les troubles respiratoires à peu près nuls à la période initiale varient ensuite suivant le siège et le volume de la tumeur. Lorsque cette dernière se trouve dans l'intérieur du larynx (bandes ventriculaires, cordes vocales), la gêne respiratoire peut apparaître de très bonne heure et devenir intense, surtout lorsque, à

l'immobilisation des cordes s'ajoute un néoplasme qui obstrue par sa présence une grande partie de l'orifice glottique.

Si le gonflement occupe les deux côtés de l'organe vocal, on constate alors une immobilisation des deux aryténoïdes qui, la tuméfaction aidant, apporte une gêne considérable au passage de l'air ; il résulte de cette situation une sorte de rudesse respiratoire spéciale encore désignée autrefois par Fauvel, du nom très exact de « ligneuse ».

Dans cette forme de cancer endo-laryngé, et à cette période, la respiration est bruyante, on voit survenir sous la moindre influence, des accès de suffocation qui mettent la vie du malade en danger à chaque instant. Assez souvent la mort survient brusquement pendant le repas ou durant un effort de toux, si l'on n'a empêché cette fin rapide par l'ouverture des voies aériennes.

Lorsque la tumeur est extralaryngée (épiglotte, replis aryépiglottiques, entrée de l'œsophage) les troubles respiratoires n'apparaissent qu'à la période absolument ultime de la maladie, alors que la dégénérescence maligne remplit déjà toute la cavité pyriforme et immobilise par infiltration périphérique l'un ou les deux côtés de l'organe vocal. Rarement, dans le cancer extralaryngé, les deux aryténoïdes sont immobiles Exceptionnellement aussi l'asphyxie est précoce. C'est seulement lorsque le néoplasme a acquis un volume excessif, lorsque formant un véritable champignon à large pédicule, il vient se placer dans l'intérieur du larynx et qu'il est aspiré au moment de l'inspiration, que l'asphyxie est à craindre. A cette période de la maladie la déglutition est tellement compromise et le malade si profondément cachectisé que l'on hésite parfois à pratiquer la trachéotomie, car il ne faut pas oublier en effet que dans les cancers extra-laryngés souvent diffusés à l'œsophage, le larynx est immobilisé dans une véritable gangue néoplasique qui englobe aussi la trachée et les nerfs de la région (pneumogastriques, laryngés supérieurs, récurrents). De telle sorte que l'ouverture des voies aériennes n'apporte aucune amélioration à la gêne respiratoire ou plutôt à l'oppression dont se plaint le malade.

Douleurs. — Nulles au début, les douleurs s'accentuent lorsque la tumeur arrive à la période confirmée, que les néoplasmes soient extra ou endo-laryngés ; cependant dans la première forme elles sont plus précoces et persistent jusqu'à la fin de la maladie.

Le caractère de ces douleurs est d'être lancinantes, spontanées et de s'irradier non seulement vers l'oreille du côté atteint, mais aussi vers la nuque et le sommet de la tête.

Elles peuvent être exagérées, ou provoquées par les mouvements de déglutition et par les attouchements du larynx. Les douleurs spontanées à forme névralgique sont celles qui fatiguent le plus les malades : elles sont surtout prononcées du côté de l'oreille, lorsque le néoplasme occupe l'un des replis ary ou glosso-épiglottique.

La salivation, je l'ai déjà dit plus haut, est surtout très abondante dans les cas de néoplasme siégeant en dehors du larynx, soit par suite de la gène de la déglutition, soit surtout par la sécrétion exagérée des glandes salivaires. La salive qui s'écoule est en général gluante, visqueuse et sanieuse. L'expectoration muco-purulente ou purulente même, contient parfois des détritus de tumeur sphacélée, elle est assez souvent mélangée de sang, parfois complètement hémorragique. Ce symptôme, auquel Fauvel attribuait une grande importance diagnostique, mérite en effet d'être pris en considération sérieuse, car si au cours d'une tumeur, ou d'une ulcération de nature douteuse, siégeant dans l'organe vocal, on voit survenir une hémorragie ou même une expectoration sanguinolente, il faut toujours songer à la possibilité d'une dégénérescence maligne.

C'est surtout lorsque les tumeurs sont extra-laryngées qu'apparaissent ces pertes du sang répétées, assez abondantes dans quelques cas, pour mettre la vie du malade en danger.

Les différents troubles fonctionnels que je viens de passer en revue, tout d'abord légers et presque négligeables, augmentent peu à peu avec la lésion dont ils dépendent. Souvent l'un d'eux prédomine, suivant que le néoplasme est endo ou extra-laryngé et qu'il siège dans telle ou telle partie du larynx.

B. *Symptômes objectifs.* — Si l'exposé des symptômes éprouvés par le malade peut mettre sur la voie du diagnostic, seul l'examen laryngoscopique permet de constater la lésion, de voir son siège, sa forme et par conséquent ses caractères morphologiques.

Si le cancer débute par une des bandes ventriculaires, on apercevra tout d'abord un simple gonflement, d'un rouge sombre, accompagné d'un léger œdème de voisinage. La partie tuméfiée ne sera pas lisse et unie, mais légèrement mamelonnée. Si la lésion est postérieure, l'aryténoïde correspondant sera de bonne heure légèrement infiltré et moins mobile que celui du côté opposé.


Fig 179. — Cancer épithélial de la corde vocale droite au début.

Lorsque le néoplasme occupe l'une des cordes vocales, il se présente surtout chez les personnes âgées, sous la forme d'une tumeur grisâtre, d'aspect villeux, papillaire, insérée par une large base sur le ruban vocal qui semble comme tuméfié, inégal et rosé par place. A cette période, il n'existe aucune sorte d'œdème périphérique, on croirait être en présence d'un petit papillome diffus ou d'un état verruqueux de la corde dégénérée. Les parties voisines sont intactes. Les lésions peuvent rester stationnaires, du moins en apparence, pendant assez longtemps, plusieurs mois et même plusieurs années, puis l'aspect de la tumeur se modifie, elle s'entoure d'une tuméfaction œdémateuse, légère au début, qui, graduellement, gagne les bandes ventriculaires, la région aryténoïdienne et bientôt la corde vocale s'immobilise en position médiane.

Dans ce que je pourrais appeler la période confirmée, c'est-à-dire à l'époque où le cancer du larynx revêt son aspect classique, la dégénérescence morbide se présente sous des formes variables suivant sa constitution anatomo-pathologique.

Épithélioma. — Cette dégénérescence morbide qui est de beaucoup le plus fréquent, a l'apparence d'une tumeur rougeâtre, mamelonnée, anfractueuse, à bords granuleux et ulcérés,

se recouvrant eux-mêmes de bourgeons en chou-fleur, d'un rouge sanieux. Le tissu semble granité, comme recouvert de sable très fin. D'autres fois, ce sont de simples infiltrations cancéreuses, avec aspect rugueux et état œdémateux tout autour, qui caractérisent l'affection, lorsque le néoplasme n'a pas acquis un volume trop considérable. Plus tard, l'infiltration périphérique est très notable, l'organe absolument déformé par l'épithélioma s'ulcère, se recouvre de détritus grisâtres, sanieux, d'aspect plus ou moins foncé, noirâtre. Le moindre attouchement avec le porte-ouate garni, le doigt ou le stylet détermine un écoulement sanguin.

Encéphaloïde. — Dans cette sorte de cancer laryngé, le gonflement est plus uniforme, légèrement mamelonné et recouvert de bourgeons sanieux et grisâtres, sphacélés par places. La tumeur s'ulcère de très bonne heure, se recouvrant de granulations qui prennent naissance à sa surface et se développent sous la forme de véritable champignon à large pédicule. Cette tumeur est en général extra-laryngée.

Sarcome. — Le sarcome est, d'après mon expérience, bien moins fréquent que l'épithélioma; parfois largement inséré sur l'épiglotte, ses replis ou la muqueuse des cordes vocales, il est dans quelques cas presque pédiculé, formant une vaste tumeur verruqueuse, de coloration rouge ou jaunâtre, composée de petits mamelons isolés saignant assez facilement. Ces tumeurs (sarcomes à myéloplaxes) atteignent parfois un volume énorme (œuf de poule), elles peuvent être rejetées dans la bouche au moment des efforts d'expuition, tellement elles sont considérables; j'ai même vu ces sortes de néoplasies se sphacéler par infection locale (diphtérie, grippe, etc.) et être expectorées en partie par le malade dans un effort de vomissement. Seul l'examen microscopique d'une parcelle de la

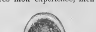


Fig. 180. — Sarcome de la face laryngée de l'épiglotte (d'après nature).

tumeur permettra de reconnaître la variété de sarcome que l'on aura sous les yeux.

Tumeurs mélaniques. — Les tumeurs mélaniques sont toujours d'une rareté excessive. J'ai dit en 1890, dans mes *Leçons*, que c'est à peine s'il existait un ou deux exemples dus à Morell-Mackenzie ; je ne crois pas que depuis cette époque on ait ajouté de nouveaux faits à ceux déjà signalés par cet auteur. Leur aspect sanieux, noirâtre, généralement caractéristique permet de soupçonner la nature mélanique de ces sortes de dégénérescences morbides.

Siège. — D'après les statistiques publiées jusqu'à ce jour, les parties du larynx le plus souvent envahies par les tumeurs malignes sont les bandes ventriculaires et les cordes vocales, pour les cancers endo-laryngés ; l'épiglotte ou l'entrée des voies digestives, c'est-à-dire la région aryténoïdienne pour les cancers situés en dehors de l'organe vocal.



Fig. 181. — Épithélioma de la bande ventriculaire droite

J'ai omis à dessein de décrire l'aspect extérieur du larynx et du cou dans les symptômes fonctionnels car ces troubles morbides rentrent plutôt dans les phénomènes objectifs. Il faut noter tout d'abord que les modifications extérieures n'apparaissent qu'aux dernières périodes de l'affection, alors que le diagnostic s'impose pour ainsi dire à l'examen d'un œil un peu exercé.

Dans le cancer endo-laryngé, c'est seulement lorsque la tumeur est ulcérée et lorsque tout le cortège symptomatique signalé plus haut est arrivé à un stade avancé, que l'on voit le thyroïde s'hypertrophier et se transformer en une sorte de carapace (Isambert). Ce cartilage épaissi forme alors au-devant et sur les côtés du larynx une sorte de bouclier, caractéristique de l'infiltration

néoplastique qui, peu à peu, l'envahit de dedans en dehors. Le cou devient alors volumineux, car à cette période apparaît aussi l'engorgement ganglionnaire qui forme avec le larynx tuméfié, une masse dure, ligneuse et immobile.

Au contraire, lorsque la tumeur est extra-laryngée l'adénopathie caractéristique, c'est-à-dire les ganglions profonds indurés en masse, douloureux et adhérents aux parties profondes, apparaissent de bonne heure. Ils occupent habituellement le côté par lequel a débuté la dégénérescence morbide ou même les deux côtés de la région sous-maxillaire ou carotidienne.

Suivant le siège du cancer, l'adénopathie est assez souvent angulo-maxillaire, un peu au-dessous de la parotide. A cette période, le larynx est à peu près immobilisé et toute la région du cou est dure, ligneuse, bosselée et douloureuse au toucher Assez souvent il arrive que le paquet ganglionnaire se ramollit et même s'abcède dans un point. Il s'écoule alors un liquide ichoreux sanieux et le ganglion dégénéré et ulcéré se recouvre de bourgeons grisâtres formant à sa surface une véritable champignon néoplasique.

Un signe important est assez hâtif sur lequel les auteurs ont peu insisté, est la perte de la crépitation laryngée, Lorsque, prenant le larynx entre le pouce et l'index, on cherche à le faire mouvoir dans le sens latéral, si l'on fait exécuter ce mouvement sur un larynx normal, on sent très bien se produire une sorte de craquement spécial que le malade entend lui-même. Au contraire dans les cas de tumeurs, dès que l'infiltration du fibro-cartilage (cricoïde) commence à apparaître, cette crépitation normale disparaît du côté atteint et même des deux côtés. Ce symptôme manque rarement dans les cancers de la région postérieure.

Anatomie pathologique. — Les tumeurs malignes de l'organe vocal ne diffèrent en rien de celles des autres organes, elles se présentent avec les mêmes caractères qui leur ont été assignés par les anatomo-pathologistes ; je crois inutile de les rappeler ici. Il faut seulement ne pas oublier qu'au début, il n'est pas toujours facile d'établir le diagnostic de cancer, soit que la parcelle

enlevée avec la pince soit prise trop en surface, soit qu'elle ne contienne pas encore les traits caractéristiques d'une tumeur maligne. Souvent il est indispensable de ne pas se contenter d'un examen microscopique négatif, et enlever plusieurs morceaux de tumeurs pour permettre d'en reconnaître la véritable nature histologique.

Conformément à ce que j'écrivais en 1890, ma pratique personnelle me porte toujours à considérer l'épithélioma, comme étant de beaucoup la tumeur maligne la plus fréquente dans le larynx.

Marche. Durée. — La marche de l'affection varie avec la nature de la néoplasie et l'âge des malades. Les cancers extra-laryngés, plus exposés à des irritations de voisinage (passage des aliments, mouvements de déglutition, etc., etc.) ont une marche plus rapide que ceux qui occupent l'intérieur de l'organe vocal. C'est ainsi que les tumeurs malignes prenant naissance sur les cordes vocales de sujets âgés, ont une marche lente, au moins dans la période de début. Elles peuvent rester pour ainsi dire stationnaires pendant plusieurs années, sans occasionner d'autre trouble fonctionnel que de l'enrouement.

Par contre, dès que le néoplasme a commencé à se développer, soit sous l'influence d'une irritation locale, soit pour des causes souvent plus difficiles à déterminer, à plus forte raison lorsque l'ulcération et le bourgeonnement qui l'accompagnent apparaissent, le mal progresse alors avec assez de rapidité car la terminaison fatale ne se fait guère attendre au delà de un à deux ans. C'est à peu près la survie qu'il faut donner aux cancéreux arrivés à la période où les troubles de la respiration nécessitent la trachéotomie. Alors aussi apparaissent la périchondrite thyroïdienne et l'engorgement ganglionnaire qui sont toujours d'un pronostic fâcheux car ils indiquent la diffusion du néoplasme, par conséquent le début de la période cachectique.

Terminaison. Pronostic. — Le cancer du larynx est une affection très grave dont on ne guérit jamais si le mal est abandonné aux seuls effets de la nature. Le malade meurt, soit asphyxié par sa

tumeur, soit d'inanition, ou bien encore par cachexie. L'asphyxie peut se produire non seulement par obstruction de l'entrée des voies aériennes, consécutive au volume du néoplasme, à l'infiltration du voisinage et l'immobilisation des aryténoïdes, mais aussi par compression des nerfs récurrents et même des pneumogastriques. Le néoplasme englobe toute la région du cou (l'œsophage compris), déterminant, et des accès d'oppression et des troubles de la circulation. Le cancéreux meurt, en général, par syncope bulbaire malgré l'existence de la canule trachéale, et malgré le libre accès de l'air dans la trachée que les bourgeons cancéreux n'ont pas encore envahie.

L'infiltration des ganglions péri-trachéaux, et leur dégénérescence même, peut également devenir la cause de sténoses respiratoires profondes par la compression du conduit trachéal et des premières divisions bronchiques.

Lorsque le cancer est arrivé à cette période de son évolution, le larynx se trouve absolument immobilisé au milieu des tissus dégénérés, ce qui rend l'alimentation très difficile et douloureuse.

Certains sarcomes paraissent être moins malins que les autres tumeurs malignes du larynx. Il me paraît aussi que l'épithélioma pavimenteux, né sur l'une des cordes vocales a un pronostic moins sombre s'il est traité avant la période d'infiltration.

Complications. — Les complications ressortent de ce qui précède ; on ne saurait considérer comme telles l'infiltration de voisinage, la périchondrite, la formation des abcès, les perforations de l'œsophage et les phénomènes septiques qui forment le cortège symptomatique à peu près obligatoire de l'affection.

Lorsque la trachéotomie a été pratiquée, il n'est pas très rare, si la tumeur est née dans le larynx, de voir le néoplasme bourgeonner jusque dans le conduit trachéal, au-dessous de l'ouverture de la canule et asphyxier le malade.

L'hémorragie est aussi une des complications susceptible de mettre en danger l'existence du pauvre cancéreux. Ce symptôme constitue une aggravation redoutable de l'affection, à cause des difficultés que l'on éprouve à le combattre.

Diagnostic. — Le diagnostic, très facile dans quelques cas, surtout à la période confirmée, peut offrir au début certaines difficultés. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'établir le diagnostic différentiel entre les tumeurs bénignes à proprement parler, c'est-à-dire les polypes du larynx et le cancer. Tout au plus certains papillomes cornés, à large base d'implantation, observés chez les personnes âgées, doivent-ils inspirer quelque doute sur leur nature réelle. Mais, outre que ces sortes de tumeurs sont assez rares, l'ablation ou le rejet d'une parcelle du néoplasme permettrait habituellement à un histologiste expérimenté de faire le diagnostic exact de sa nature. S'il existe avec la tumeur un peu d'infiltration périphérique et surtout une immobilisation d'une corde vocale, on peut immédiatement songer à l'existence d'une dégénérescence maligne.

La tuberculose laryngée est rarement limitée à un seul ruban vocal. Habituellement les lésions sont plus superficielles ; s'il y a des bourgeons, ils sont plus pâles, plus diffus, et dans la forme pseudo-polypeuse la région inter-aryténoïdienne présente elle-même les caractères habituels de l'infection bacillaire.

Le lupus du larynx, qui a une prédilection marquée pour l'épiglotte où il engendre des granulations rosées pâles, détruisant les tissus sous-jacents, ne pourrait être confondu avec les tumeurs malignes, que pendant un laps de temps assez court et tout à fait à la période initiale.

Cependant, j'ai vu des cas où la lésion lupique était tellement limitée à une partie de l'opercule glottique, que seul l'examen histologique permit de lever tous les doutes, lorsqu'on était en présence de sujets âgés ou bien portants par ailleurs. Ces formes de tuberculose très limitées sont toutefois assez rares pour qu'il ne faille guère compter avec elles dans la pratique courante. Le lupus est indolore, tandis que le cancer détermine ordinairement quelques douleurs spontanées ou provoquées.

La syphilis dans ses manifestations secondaires n'offre aucune analogie avec l'affection qui nous occupe, mais à la période ter-

tiaire le diagnostic différentiel pourra être difficile à établir ; on se rappellera que les gommes occupent habituellement l'épiglotte, l'une des bandes ventriculaires, la muqueuse ventriculaire ou la région sous-glottique.

En dehors des anamnestiques qui pourront être parfois d'un secours précieux, on tiendra compte de l'évolution de l'affection constatée. En général, dans l'espace de deux ou trois mois au maximum, la gomme produit des désordres vocaux d'abord, respiratoires ensuite, si le traitement spécifique n'est pas intervenu. Au contraire, la marche du cancer est beaucoup plus lente, de plus, sa localisation n'est pas celle de la syphilis.

La gomme se présente sous l'aspect d'une infiltration diffuse, rouge il est vrai, mais sans mamelons, et sans hypersécrétion à sa surface. Elle ne provoque ni douleurs spontanées, ni expectoration sanguinolente. A la période de fonte et d'ulcération, la perte de substance syphilitique est cratériforme, serpigineuse, profonde, taillée dans l'épaisseur des tissus ; sa surface grisâtre, sale, suppurée, s'accompagne de bourgeonnements rougeâtres, d'infiltration périphérique et quelquefois de périchondrite. Malgré ces lésions considérables les cordes sont bien souvent mobiles. Enfin l'ulcère gagne vers le haut, il s'étend peu à peu vers la base de la langue, les amygdales, les parois latérales du pharynx, etc. Il détruit les parties qu'il envahit et les déforme.

Souvent aussi on retrouve des manifestations tertiaires sur le voile du palais, la voûte palatine ou le naso-pharynx, ce qui éclaire le diagnostic.

Enfin, dans les cas douteux, le traitement spécifique aurait bien vite levé tous les doutes, puisque nous savons avec quelle rapidité il agit dans la syphilis, alors que dans le cancer il est habituellement inefficace, ou du moins s'il produit une amélioration, elle est très légère et de peu de durée.

Dans la gomme, si le traitement est bien appliqué et bien suivi pendant huit jours au maximum, on peut déjà constater une amélioration que le malade ressent lui-même parfois quarante-huit heures après avoir pris le traitement mixte.

Dans le cancer au contraire, c'est plutôt une sorte d'apaise-

ment suggestif qu'une modification appréciable à l'examen direct.

On pourra, dans la pratique, se trouver aux prises avec certaines formes hybrides, dont j'ai eu l'occasion de rencontrer plusieurs exemples ; dans ces cas, il faudra attribuer à la syphilis les ulcérations diffuses, suppurantes, cratériformes, à fond sale et grisâtre, et au cancer les bourgeonnements sanieux à odeur fétide, d'infiltration rougeâtre et indurée. L'existence de douleurs spontanées à formes névralgiques et d'expectoration sanglante devra faire songer à une tumeur maligne. Dans ces cas, le traitement spécifique permet de guérir ce qui appartient à l'infection syphilitique, alors que le cancer résiste seul pour suivre son évolution lente et progressive en dépit de tout traitement.

Il n'est pas très rare dans les formes hybrides qui évoluent habituellement en dehors du larynx, de constater de très bonne heure l'existence d'une adénopathie profonde, bosselée, adhérente, ligneuse et douloureuse au toucher. La présence de ces ganglions indique l'existence d'une dégénérescence maligne au milieu des lésions constatées *de visu*.

Traitement. — La question du traitement du cancer du larynx a fait quelques progrès depuis ces dernières années. Bien que certains auteurs recommandent encore l'abstention ou du moins conseillent la trachéotomie comme moyen palliatif pour parer à l'asphyxie au moment où la respiration se trouve gênée, d'autres, plus hardis, ne craignent pas de proposer des opérations plus radicales, telles que l'ablation de la tumeur par la voie externe, ou même la suppression de l'organe vocal en partie ou en totalité, suivant le siège et la diffusion du mal.

Je laisse de côté le traitement médical et les attouchements directs avec la teinture de thuya ou de chélidoine, renforcée d'extraits de ces mêmes substances, ou même avec l'adrénaline en solution à 1 p. 1000 (Mahu). Nous savons aujourd'hui que si ces médicaments diminuent d'une façon incontestable le bourgeonnement, ils n'arrêtent en rien l'évolution de la tumeur. Le

malade meurt malgré l'emploi de ce traitement tout au plus un peu palliatif.

Le traitement du cancer par les rayons X est encore à l'étude, et je dois actuellement me borner à le mentionner ici, malgré quelques cas favorables rapportés surtout par les auteurs américains (Scheppegrell). Le radium est depuis trop peu de temps introduit dans la thérapeutique moderne du cancer pour qu'il ait fait ses preuves, et que nous puissions tirer des déductions pratiques de son emploi dans les cas qui nous occupent.

A. *Voies naturelles*. — Je ne parle que pour mémoire des procédés encore recommandés par quelques rares auteurs, qui con-



Fig. 182. — Pince emporte-pièce du Dr Ruault (voir aussi pages 425 et 465).

sistent à extraire les tumeurs malignes par la voie buccale. Si cette manière d'agir possède, à son actif, quelques succès vraiment inespérés, on ne saurait en généraliser l'emploi, ce serait hélas trop souvent perdre un temps précieux et donner au mal un coup de fouet qu'ensuite rien ne peut arrêter. Je suis convaincu qu'il en est du cancer du larynx comme de celui des autres tumeurs malignes en général : certaines guérissent après une seule exérèse alors que d'autres non seulement récidivent après l'intervention large, mais suivent une marche absolument aiguë. Il y a certainement des cancers qu'il vaudrait mieux ne pas toucher,

Fig. 183. — Curettes laryngiennes, montées sur des manches séparés (modèles du Dr Moure).

tandis que d'autres guérissent assez facilement; malheureusement, le microscope ne nous permet pas encore de dire quels sont ceux que nous pouvons opérer et traiter avec succès, et au contraire ceux qui, plus malins, récidiveront malgré toute notre thérapeutique. Devant cette incertitude de nos moyens de diagnostic il ne faut pas trop s'étonner de voir les méthodes d'extirpation simples par voies naturelles compter à leur actif quelques succès, dans les formes de néoplasies très limitées, mais, je le répète, il faut les considérer comme des exemples tout à fait exceptionnels. Aussi je crois, avec beaucoup de mes confrères, qu'il faut seulement demander à l'extirpation par la voie endolaryngienne de nous permettre de poser un diagnostic précis.

B. *Trachéotomie.* — Malheureusement, le diagnostic de cancer du larynx est généralement fait tardivement, le malade ne venant nous consulter qu'à la période dite d'infiltration, alors qu'il est déjà gêné pour respirer. On comprend alors que certains

chirurgiens aient hésité à intervenir radicalement et aient proposé pour parer aux accidents d'asphyxie la trachéotomie qui permet de prolonger les jours du malade en parant aux dangers de mort immédiate qui le menacent. L'ouverture des voies aériennes, pratiquée à cette période, donne en général, pour les néoplasies intra-laryngées, une survie de dix-huit mois à deux ans. Par contre, si la tumeur est extra-laryngée, c'est-à-dire à cheval sur l'entrée des voies digestives et aériennes, la trachéotomie ne prolonge guère l'existence du malade car, s'il ne meurt pas asphyxié, il succombe à l'inanition et à la cachexie rapide qui l'accompagne.

Dans certaines tumeurs malignes confirmées, l'ablation totale de la région atteinte est souvent impossible; le délabrement à faire est si considérable et tellement grave que bien des chirurgiens hésitent devant une opération de ce genre, préférant la simple ouverture des voies aériennes au moment où cette dernière va s'imposer. La trachéotomie, lorsqu'elle est décidée et acceptée par le malade et par son entourage, doit être faite aussi bas que possible, de manière à éviter, soit de tomber sur la tumeur, au moment de l'ouverture de la trachée, soit de voir plus tard les bourgeons gagner vers la partie inférieure du tube trachéal et venir en combler la lumière.

L'opération devra être faite lentement, couche par couche, en liant les artères et les veines, c'est-à-dire en assurant l'hémostase du champ opératoire avec du catgut, avant de pratiquer l'ouverture du conduit aérien.

Je rappellerai ici ce que j'écrivais déjà en 1890, dans mes *Leçons* sur les maladies du larynx : la trachéotomie chez le cancéreux du larynx est bien différente de celle que l'on fait journellement chez les enfants. Chez les adultes les vaisseaux sont très volumineux, les veines très dilatées, le conduit trachéal profondément situé, car le cou est souvent épais, court et parfois infiltré, toutes conditions qui doivent rendre l'opérateur prudent s'il ne veut pas s'exposer à un échec immédiat regrettable.

Une fois la trachée mise à nu et bien éclairée, cette dernière est incisée comme d'usage, avec un bistouri droit, assez court et

bien affilé. Il faut toujours avoir soin de voir la partie inférieure de l'incision et s'assurer qu'avec le talon du bistouri on ne va pas sectionner une veine ou une artère transversale, qui produira ensuite une hémorragie toujours grave en pareil cas.

La trachée doit être ouverte sous l'œil de l'opérateur, c'est-à-dire en écartant au préalable les deux lèvres de l'incision des tissus prætrachéaux, soit à l'aide d'écarteurs spéciaux, soit avec des pinces à forcipressure prenant les deux parties sectionnées du corps thyroïde. Ceci fait, la canule est insinuée à

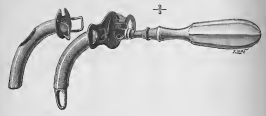


Fig 184 — Canules avec mandrins tubulés, et manche de Péan (nos 1 à 8).

l'aide du mandrin de Péan ou de Krishaber qui ont l'énorme avantage de supprimer le dilatateur, instrument qui a causé bien des mécomptes à de jeunes chirurgiens nerveux et un peu émus au moment de placer le tube trachéal.

Pendant l'introduction de la canule il est important de laisser la tête du malade penchée fortement en arrière, comme elle l'était pour pratiquer l'opération. Souvent même il sera utile de maintenir la trachée immobile et relevée à l'aide d'un tenaculum implanté sous l'anneau cricoïde, on fait ainsi une incision plus nette et surtout mieux arrêtée. Une fois la canule mise en place on applique sur la plaie un pansement ordinaire aseptique, puis au-devant du cou une bonne couche de tarlatane sèche et réchauffée, pour tamiser l'air qui va pénétrer directement dans les poumons.

Au besoin on fait auparavant quelques points de suture pour raccourcir l'incision cutanée. Toutefois il est bon de se rappeler qu'il est préférable de laisser cette boutonnière ouverte au-dessous de la canule, afin d'éviter l'emphysème consécutif, si l'incision trachéale était un peu trop longue.

Suivant les cas, l'opération sera pratiquée sous l'anesthésie chloroformique ou à l'aide d'une simple injection sous-cutanée de cocaïne. L'anesthésie générale devra être employée si la respira-

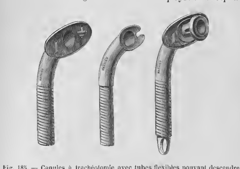


Fig. 185. — Canules à trachéotomie avec tubes flexibles pouvant descendre profondément et s'adapter à toutes les courbures trachéales.

tion est encore suffisante pour que l'on n'ait pas à redouter l'asphyxie. Au contraire, lorsque la tumeur sera volumineuse et la gêne respiratoire considérable on donnera la préférence à l'injection cocaïnée. Il pourra même se produire des cas où le malade ne pouvant rester allongé à cause de la sténose respiratoire, devra être opéré assis dans un fauteuil, la tête renversée en arrière, procédé qui est somme toute assez facile à employer et pendant l'exécution duquel l'opérateur est assez bien placé pour agir efficacement.

Dans les cas où le diagnostic aura été fait hâtivement, il pourra

être possible d'appliquer le traitement radical qui consistera suivant les cas en ouverture du larynx, extirpation partielle ou totale de cet organe.

C. *Thyrotomie* (laryngo-fissure). — L'ouverture du carti-

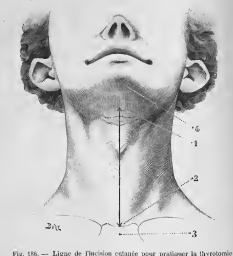


Fig. 186. — Ligne de l'incision cutanée pour pratiquer la thyrotomie médiane.

1, os hyoïde. — 2, fourchette sternale. — 3, sternum. — 4, symphyse du menton.

lage thyroïde doit être exclusivement réservée aux tumeurs malignes nées dans le larynx, et particulièrement aux néoplasmes développés sur l'un des rubans vocaux. A mon avis, il ne faut considérer comme susceptibles d'être opérées, avec des chances de succès, que les tumeurs reconnues assez tôt pour qu'elles ne

déterminent autour d'elles aucune sorte d'infiltration, et par conséquent aucune immobilisation de l'aryténoïde correspondant. J'estime que dans ces cas, la thyrotomie est appelée à donner d'excellents résultats ; ainsi qu'il ressort des différentes statistiques publiées récemment par Félix Semon, par Goris, etc., et par moi-même.

L'ouverture du larynx peut être considérée comme une opération bénigne, ne mettant pas la vie du malade en danger, à la condition qu'elle soit exécutée suivant certaines règles qui ont été en partie exposées autrefois par Félix Semon, et auxquelles j'ai apporté certaines modifications que je considère comme de la plus haute importance. Voici quelle est actuellement ma façon de procéder :

Fig. 187. — Deuxième temps de la thyrotomie.

1, os hyoïde. — 2, membrane thyro-hyoïdienne. — 3, cartilage thyroïde. — 4, membrane crico-thyroïdienne. — 5, cricoïde. — 6, ligne de l'incision trachéale.

Le volume de la tumeur étant, au moment où on intervient, assez petit pour ne point gêner la respiration et par conséquent empêcher l'anesthésie générale, le malade est endormi au chloroforme de préférence. Une fois plongé dans la narcose, il peut être placé sur un plan incliné, de manière à éviter dans une certaine mesure, l'écoulement du sang dans les voies aériennes ; ou bien l'on se borne à lui tendre fortement le cou en renversant la

tête en arrière à l'aide d'un drap roulé en forme de billot, placé sous ses épaules. Ceci fait, le menton étant maintenu relevé par un aide aseptisé tenant une compresse aseptique, le champ opératoire ayant été stérilisé comme d'usage, on fait à partir de l'os hyoïde une incision descendant presque jusqu'au niveau de la fourchette sternale (fig. 186) incision qui occupera autant que possible la ligne médiane. Pour obtenir ce résultat, il est important de prier l'aide qui tient la tête de mettre l'index sur la symphyse du menton pendant qu'un autre aide indiquera le milieu de la fourchette sternale. L'opérateur doit surtout éviter de faire une incision oblique se dirigeant vers lui. Dans ce but, il faut tendre la peau suivant l'axe du cou et non latéralement

Au-dessous de la peau et de l'aponévrose superficielle, on rencontre habituellement en haut, la saillie du cartilage thyroïde, pomme d'Adam, puis la membrane thyro-hyoïdienne, tandis que, à la partie inférieure si l'on est bien sur la partie médiane, on aperçoit l'interstice musculaire au milieu duquel on passe avec le bistouri. A ce niveau, se trouvent des veines et souvent des artères thyroïdiennes verticales et transversales que l'on ouvre fatalement, et qu'il est bon de pincer pour les lier ensuite avant d'ouvrir le conduit aérien, Le corps thyroïde situé au-dessous doit également être sectionné sur sa partie médiane. L'écoulement sanguin, abondant, tout d'abord, ne tarde pas à se tarir assez vite par la compression directe et le pincement des vaisseaux les plus importants. Le champ opératoire étant alors parfaitement exsangue, et les lèvres de la plaie écartées, on a sous les yeux tout le conduit laryngo-trachéal (fig. 191).

Avant de pratiquer l'ouverture de la trachée, il est bon de dénuder légèrement les deux lames du cartilage thyroïde et de bien mettre à nu les membranes thyro-hyoïdienne et crico-thyroïdienne, de manière à avoir sous l'œil la partie du larynx que l'on doit inciser. Ce premier temps accompli l'hémostase étant parfaite, tous les vaisseaux veineux ou artériels susceptibles de fournir du sang ayant été liés, on pratique alors la trachéotomie au-dessous du premier ou du deuxième anneau de la trachée.

Cette opération sera faite entre deux écarteurs, sous l'œil de l'opé-



Fig. 188. — Canule à trachéotomie avec mandrin de Péan (modifié par le Dr Moure).

rateur, par conséquent sans le moindre à-coup et sans incident.



Fig. 189. — Embout pour donner le chloroforme par la canule.

Suivant que l'on est plus ou moins familiarisé avec l'opération, on introduit alors soit une canule de Trendelenburg (voir fig. 190)

ou de Hahn modifiées, soit une canule ordinaire. On a eu quelques instants auparavant la précaution de laisser se réveiller en partie le malade, qui peut alors expulser pendant les efforts de toux qui accompagnent l'introduction de la canule, le sang ou les sécrétions tombées dans l'arbre aérien. Une fois les premières quintes passées, la trachée parfaitement vidée du sang qu'elle pouvait contenir, et le calme rétabli, le malade est endormi à nouveau par l'ouverture canulaire. Si l'on a mis une canule de Trendelenburg, on en gonfle le manchon à l'aide de la poire à air qui accompagne l'instrument, tandis que si l'on fait usage de la canule de Hahn on attend dix minutes environ que l'éponge qui l'entoure se soit dilatée. Ces manœuvres déterminent habituellement une quinte de toux, à cause de la pression exercée par le caoutchouc ou par l'éponge, sur les parois de la trachée. Il est même prudent, chez les malades à conduit trachéal mince, de ne pas trop forcer la dilatation de la poche en caoutchouc, pour ne pas dilater outre mesure la trachée, ce qui détermine une sorte d'état syncopal alarmant, avec arrêt de la respiration. Il suffit alors de dégonfler un peu la poche d'air pour voir tout rentrer dans l'ordre. Si, comme moi on se sert d'une canule ordinaire, ces sortes de complications ne sont pas à redouter. L'administration de chloroforme doit être faite à distance avec un embout spécial et avec certaines précautions, car le malade l'absorbe très facilement. D'autre part, les opérations sur le larynx déterminent assez facilement la syncope. Enfin je considère comme utile et important que l'opéré recouvre de temps à autre une partie de ses réflexes trachéaux, pour qu'il puisse expulser le sang ou les mucosités qui peuvent encore s'écouler dans sa trachée. Dans tous les cas cette manière d'agir tient l'opérateur au courant de ce qui se passe dans cette partie du conduit aérien ; ce sont là des précautions utiles, tant pour le succès immédiat de l'opération, que pour empêcher les complications ultérieures (broncho-pneumonies, etc.).

Si l'on se sert d'une canule ordinaire, on peut inciser d'abord la membrane crico-thyroïdienne de haut en bas sur la ligne médiane dans toute sa hauteur, puis introduire par l'ouverture ainsi créée

une mèche de gaze imprégnée d'une solution composée comme suit :

Chlorhydrate d'adrénaline à 1 p. 1000 .	XV à XXV gouttes
Chlorhydrate de cocaïne	1 gramme
Eau stérilisée	10 »

destinée à faire tampon dans l'anneau cricoïdien.

Ensuite, introduisant par l'ouverture de la membrane, de bas en haut, la lame courbe d'une paire de cisailles construites à cet effet, on incise d'un seul coup le fibro-cartilage entre les deux cordes vocales. Actuellement j'incise du même coup la membrane crico-thyroïdienne, et le thyroïde comme je viens de l'indiquer. Plaçant aussitôt entre les deux lames du cartilage et de chaque côté, un écarteur, j'introduis dans l'intérieur de la cavité laryngée une lanière de gaze imprégnée de la solution dont je viens de donner la formule. Je fais donc ainsi hémostase, et j'anesthésie la muqueuse laryngée. Alors si la membrane thyrohyoïdienne n'était pas suffisamment sectionnée pour permettre l'inspection complète de la cavité laryngée, on agrandirait verticalement l'incision à l'aide de ciseaux. Il arrive très souvent que, malgré une incision minutieuse paraissant complète et médiane, on soit resté sur l'un des côtés, au moment de l'ouverture du larynx, on aperçoit alors un lambeau de muqueuse à moitié détaché flottant dans l'intérieur de l'organe vocal dont il empêche l'inspection complète. Alors, le malade saigne, fait même quelques efforts, et il faut rapidement faire sauter cette bride afin de pouvoir tamponner le larynx comme il vient d'être dit plus haut.

La section bien médiane du thyroïde est évidemment le point le plus délicat de l'opération, celui qu'il faut exécuter en un seul temps de manière à pouvoir écarter promptement les lames du cartilage et faire une hémostase rapide. Le cricoïde devra être respecté. Après quelques instants, deux écarteurs coudés étant placés dans le thyroïde, on écarte doucement les valves cartilagineuses qui peu à peu se laissent éloigner comme les feuillets d'un livre, permettant de voir l'intérieur de la cavité laryngienne et par conséquent le néoplasme aperçu avec le laryngoscope

Habituellement on a alors, comme l'a fait remarquer autrefois

F. Semon, une certaine déception, la tumeur ayant toujours un volume beaucoup plus considérable et une insertion plus étendue que ne l'avait indiqué le miroir pendant l'examen d'en haut. On a soin, avant d'entamer le néoplasme, de placer à la partie inférieure de l'ouverture thyroïdienne, c'est-à-dire dans l'anneau cricoïdien, un petit tampon de gaze stérilisée préparé à l'avance, ayant environ le volume du calibre de la trachée, que l'on tasse



Fig. 190. — Canule de Trendelenburg dont le manchon en caoutchouc est simulé gonflé par le pointillé.

assez fortement *au-dessus de la canule* et que l'on retient par un fil de soie. Ce tamponnement inférieur qui remplace la lanière de gaze cocaïnée introduite au moment de la section de la membrane crico-thyroïdienne, est destiné à empêcher le sang qui s'écoulera pendant l'opération, de pénétrer dans les voies aériennes profondes. Cette manière de faire dispense d'employer la canule de Trendelenburg ou ses succédanées.

Il est habituellement utile de placer un tampon analogue vers la partie supérieure en arrière de l'épiglotte, pour ne pas que la salive vienne gêner l'opérateur pendant le curettage de l'organe vocal.

Ces différents temps préliminaires de l'opération ayant été accomplis comme je viens de l'indiquer, il ne restera plus qu'à enlever la tumeur.

L'exérèse sera faite avec la pince coupante, les ciseaux courbes, des curettes variées, le bistouri, etc. ; et le point d'insertion sera cautérisé au thermo-cautère, en dépassant les limites de la tumeur.

Une fois l'hémostase parfaitement assurée, les deux lames du cartilage thyroïde doivent être rapprochées aussi exactement que possible, et maintenues dans cette situation à l'aide de

points au catgut passés à travers les parois cartilagineuses. La

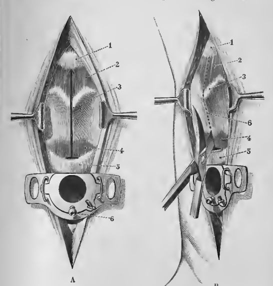


Fig. 191. — La canule a été mise en place, le trait noir indique la ligne de l'incision thyroïdienne. Dans la figure B, les cisailles destinées à pratiquer la section sont déjà placées dans la membrane crico-thyroïdienne qui a été sectionnée.

1, os hyoïde. — 2, membrane thyroïdienne. — 3, cartilage thyroïde, angle saillant. — 4, membrane crico-thyroïdienne. — 5, cricoïde. — 6 (fig. A), embout destiné à gonfler le manchon de la canule. — 6 (fig. B), ligne de l'incision thyroïdienne.

réunion des tissus pré-laryngiens sera faite ensuite par étage, en suturant d'abord les muscles au catgut, et la peau avec du crin.

Jusqu'à ces derniers temps, l'opération était alors terminée en

laissant en place, soit la canule tampon, soit une canule ordinaire pendant plusieurs jours, de manière à éviter la gêne respiratoire, conséquence de l'œdème inflammatoire qui suivait l'opération. Mais des examens laryngoscopiques faits soit le soir même, soit le



Fig. 192. — Cisaille pour couper le cartilage thyroïde (modèle du Dr Moure).

lendemain de l'intervention, m'ayant permis de constater que l'orifice laryngien était encore suffisant pour assurer l'entrée de l'air dans les voies aériennes, j'ai depuis ces derniers temps *pratiqué la suture complète du conduit laryngo-trachéal de haut en bas.*



Fig. 193. — Écarteur en acier nickelé.

Toutefois, par prudence, j'ai laissé à la partie inférieure de la plaie, au niveau de l'ouverture trachéale, une petite boutonnière, non suturée, comprenant la peau et les tissus sous-jacents, de manière à éviter l'emphysème qui pourrait se produire pendant les efforts de vomissements ou de toux qui suivent l'opération. Un aide doit être placé auprès du malade pendant quarante-huit heures, de façon à pouvoir replacer rapidement la canule s'il survenait une gêne respiratoire, suffisante pour mettre la vie du malade en danger.

On doit se rappeler en effet que l'exérèse de la tumeur, d'une part, la malaxation de la muqueuse du larynx et la thermo-cautérisation d'une autre, déterminent non seulement des infiltrations

œdémateuses périphériques, mais aussi la formation d'une couche pseudo-membraneuse, et parfois une contracture de la corde opposée, susceptible d'occasionner de la sténose respiratoire. Toutefois,

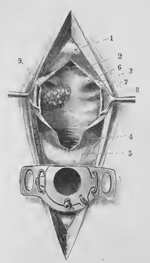


Fig. 194. — Dernier temps de l'opération : le larynx est ouvert et les valves thyroïdiennes écartées.

1, os hyoïde. — 2, membrane thyro-hyoïdienne sectionnée en partie et écartée — 3, valve du thyroïde réclinée — 4, membrane crico-thyroïdienne couverte. — 5, cricoïde — 6, bande ventriculaire gauche écartée. — 7, ventricule de Morgagni. — 8, corde vocale gauche. — 9, tumeur insérée sur la corde vocale droite.

cette dernière ne m'a jamais paru être suffisante pour m'obliger à remettre la canule, ce qui me permet de considérer jusqu'à nouvel ordre, cette nécessité comme une véritable exception.

Il n'est pas difficile de comprendre combien une pareille manière de procéder est faite pour hâter la guérison et surtout éviter les complications broncho-pulmonaires qui résultent parfois de ces interventions sur les voies aériennes. C'est là, je crois, un perfectionnement de la thyrotomie qui m'a rendu dans ces derniers temps les plus grands services.

Je ne crois pas que la laryngotomie transversale sus ou sous-hyoïdienne permette d'agir bien à l'aise. Cette manière de procéder n'offre à mon sens aucune sorte d'avantage sur la section médiane du cartilage thyroïde.

Quant à la suppression de la trachéotomie, je crois qu'elle expose l'opérateur et l'opéré à de graves mécomptes, car il est difficile en même temps que l'on opère sur le larynx qui saigne, de faire chloroformer le malade par cette voie. Il est alors impossible d'empêcher l'entrée du sang par les voies aériennes; or nous savons les graves accidents qui résultent de cette pénétration.

D. *Extirpation partielle ou totale du larynx.* — La chirurgie radicale des tumeurs malignes du larynx semble avoir fait quelques progrès depuis ces dernières années, et les statistiques fournies à cette occasion par quelques opérateurs habitués à faire ces sortes d'interventions (Gluck), sont peut-être un peu plus encourageantes que par le passé.

Il va sans dire que si au cours de la thyrotomie on constate une dégénérescence maligne, d'une portion du cartilage thyroïde, par exemple d'une de ses lames ou d'une partie de ces dernières, on devra réséquer la région atteinte en la dépassant et au besoin même faire une hémilaryngectomie. On essaiera ensuite de reconstituer un conduit laryngien, soit en suturant les parties du thyroïde restant, l'une à l'autre, soit, si on a enlevé la moitié de l'organe en laissant se cicatriser sur place la plaie faite par l'opération. Généralement, le côté du larynx non enlevé continue à fonctionner comme auparavant, tandis que celui qui a été opéré est remplacé par un tissu fibreux cicatriciel. On peut même, ainsi que j'ai eu l'occasion de le voir chez le Dr Gluck à

Berlin, supprimer quelque temps après la canule trachéale, le malade étant à même de respirer par le nouveau conduit cicatriciel. Si parfois il éprouve de la gêne respiratoire et un moment d'asphyxie, il lui suffit, à l'aide d'un dilatateur qu'il porte constamment dans sa poche, d'écarter la lame du thyroïde sain pour permettre l'entrée de l'air par cette voie extérieure et par conséquent parer aux dangers de sténose qui le menacent.

Si tout le thyroïde est envahi, l'opération est alors plus discutable, non que l'intervention soit mortelle par elle-même, du moins immédiatement, mais parce que les survies qu'elle donne ne sont pas très encourageantes. La plupart des opérés qui ont survécu, sauf quelques rares exceptions, sont morts dans les deux ou trois ans qui ont suivi leurs opérations, les uns de récidives, les autres d'affections intercurrentes (broncho-pneumonies, hémorragies cérébrales, etc.).

Faut-il attribuer cet insuccès aux mauvaises conditions dans lesquelles on opère ces sortes de tumeurs ? La chose est possible, car il n'est pas très rare d'intervenir alors que le néoplasme a envahi non seulement le larynx, mais aussi les régions voisines (œsophage, base de la langue, etc.), souvent même les ganglions de la région. Pour avoir quelques chances sérieuses de succès définitif, il faudra opérer à la période où la tumeur est encore encapsulée dans l'organe vocal et ne s'est pas extériorisée.

Une fois l'opération décidée et acceptée par le malade et par son entourage, le meilleur procédé à employer est évidemment celui recommandé par Périer. Il consiste à faire au-devant du cou une incision en T, l'une médiane, comme si l'on voulait faire une thyrotomie, l'autre transversale hyoïdienne, ces incisions doivent s'étendre en profondeur jusqu'au cartilage du larynx. L'organe vocal étant alors considéré comme une véritable tumeur, on dénude sa surface externe en réclinant les muscles, jusqu'au niveau des constricteurs inférieurs du pharynx.

Le larynx ainsi libéré ne tient plus alors qu'en arrière à la muqueuse pharyngo-œsophagienne, en bas au conduit trachéal qui n'a pas encore été ouvert. On doit décoller la trachée de l'œso-

phage à l'aide de la sonde cannelée et du doigt ; on s'aidera en passant à l'aide d'une Reverdin un fil à travers le conduit trachéal pour tirer ce dernier en avant.



Fig. 195. — Aspect d'un malade atteint de récidives cancéreux après l'extirpation du larynx (dessiné d'après nature).

L'hémostase ayant été faite au cours de l'opération, il suffit ensuite de couper transversalement le premier anneau de la trachée au-dessous du cartilage cricoïde puis de tirer immédiatement

le canal trachéal en avant pour introduire dans l'intérieur une canule spéciale de gros calibre. Ceci fait, on continue l'administration du chloroforme par l'orifice externe de la canule qui est confiée à un aide, pendant que l'on finit d'extirper le larynx. On le sépare en arrière de la muqueuse pharyngée, on sectionne ensuite sur les côtés les grandes cornes de l'os hyoïde et au besoin l'épiglotte à sa base si cet opercule n'a pas besoin d'être enlevé. On termine l'opération en suturant l'anneau trachéal ouvert, à la partie inférieure de la plaie pour le mettre complètement à la surface du cou. Il faut bien entendu avoir soin de laisser dans la trachée une canule destinée à assurer la respiration.

Le larynx étant enlevé, on place dans l'estomac une sonde œsophagienne introduite par l'une des narines, puis on tâche de suturer le paroi antérieure de l'œsophage à la partie inférieure de la membrane thyro-hyoïdienne ou, si l'os hyoïde avait été enlevé, à la partie inférieure de la plaie faite, avec la base de la langue. Ce procédé offre l'avantage de séparer complètement la plaie laryngienne de la cavité buccale et par conséquent de la mettre à l'abri de l'infection secondaire. On peut alors faire la réunion à peu près complète de la plaie située au-dessus de la canule en laissant simplement un drain pour faciliter l'écoulement des liquides qui se produisent presque toujours après l'opération et aussi pour parer à l'infection secondaire qui pourrait survenir par la chute très rapide des fils qui lient l'œsophage au plancher de la bouche.

Ce procédé a le seul inconvénient d'empêcher la prothèse laryngienne, mais nous savons hélas ! que cette dernière ne donne guère de résultats. Du reste, le Dr Gluck, de Berlin, a préconisé en 1900, au Congrès international de médecine de Paris, un moyen de prothèse rhino-trachéale qui permet au malade de parler à voix haute s'il le désire, de manière à être entendu assez loin. Pour obtenir ce résultat il place un tube phonateur dans l'orifice trachéal tandis que l'autre est mis dans le nez du malade ; cet appareil peut donc être utilisé malgré l'absence de communication entre la trachée et la bouche.

Dans les cas où l'on opère le malade à la période asphyxiante, alors que la sténose laryngée est complète et que l'on est obligé

de pratiquer la trachéotomie, ou bien lorsque le malade est déjà porteur d'une canule, les conditions opératoires sont un peu différentes.

Il convient en effet, après avoir fait l'incision précédente en T à la peau et aux tissus du cou de manière à dénuder l'organe, de détacher d'abord le larynx sur les parties latérales, en évitant avec soin l'introduction du sang dans les voies aériennes. On est souvent obligé de se servir dans ce but de la canule de Trendelenburg, dont il faut surveiller attentivement le fonctionnement. Dès que l'organe vocal est à peu près libéré, on doit sectionner rapidement le bout trachéal pour se comporter ensuite comme il a été dit précédemment.

Tels sont les différents moyens dont on dispose actuellement pour combattre le cancer du larynx qui constitue, on le comprend sans peine, une affection des plus graves et des plus douloureuses.

Une fois la plaie de la laryngectomie cicatrisée, il peut se faire qu'il reste au-devant du cou, à la place de l'organe vocal, une large fistule communiquant à plein canal avec la base de la langue et le pharynx. Pour combler cet orifice, le Dr Gluck, de Berlin, a imaginé un procédé autoplastique dont j'ai pu voir chez lui les bons effets. Il consiste à faire sur la partie antérieure du cou deux volets cutanés à l'aide de deux incisions parallèles transversales sur un même plan horizontal ABCD et EFGH, qui pivotent le premier autour de l'axe AD, le second autour de l'axe EH. Le volet EFGH, plus grand, est relevé tandis que le volet ABCD, plus petit, est renversé sur lui-même, l'axe AD restant fixe, le côté BC venant s'appliquer en B'C' où il est fixé, la face cutanée en arrière. On a ainsi une surface cruentée AB'C'D sur laquelle la face cruentée du volet EFGH vient ensuite s'appliquer. Le lambeau EFGH est alors remis en place, et par suite de l'élasticité des tissus FG vient occuper une position F''G'' voisine de BC. En disséquant un peu au delà de ce volet on obtient un rapprochement parfait que l'on maintient par des points de suture.

Il suit de cette autoplastie que l'espace AFDG est recouvert par

une double surface cutanée, une regardant les organes primitivement enlevés, l'autre rétablissant la continuité des téguments cervicaux.

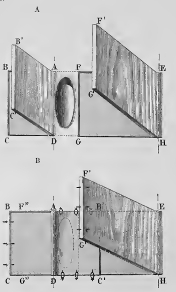


Fig. 196.

Le seul inconvénient de cette façon de faire, c'est que la partie de peau renversée du côté du pharynx se recouvre souvent de poils qui poussent sur la base de la langue, obligeant le malade à s'épiler de temps à autre. Toutefois, lorsque cet épiderme est

resté assez longtemps en contact avec la paroi pharygienne, milieu chaud et humide, l'épithélium ne tarde pas à se modifier et à ressembler à une muqueuse un peu épaisse.

CORPS ÉTRANGERS DU LARYNX ET DES VOIES AÉRIENNES

Les corps étrangers du larynx et des voies aériennes sont loin d'être très rares, c'est par centaines que l'on compte les observations éparses dans la littérature médicale. On peut dire que toute la série des objets dont l'introduction dans les conduits de l'air est possible, a été constatée dans cette région. On y trouve non seulement des cailloux, des pierres, des balles, des clous, des morceaux de verre, des tubes à trachéotomie, toutes les graines possible, des dents, des os, des arêtes, des épis, des aiguilles, des morceaux de viande, etc., etc.; mais encore des lombrics; des mouches, des poissons, des sangsues, etc.; aussi la division qui nous paraît la plus naturelle est celle qui consiste à reconnaître deux grandes classes, savoir :

Les corps étrangers liquides et solides. Dans la première catégorie peuvent rentrer les boissons ordinaires, eau, vin, bière, cidre, etc., s'introduisant dans les conduits de l'air au moment de la déglutition, et le sang provenant des poumons, des bronches ou d'une plaie trachéale. Les corps solides pénètrent par la voie buccale ou par la voie externe, après un traumatisme (balles, divers projectiles de guerre).

L'introduction par les voies naturelles peut résulter de troubles de la sensibilité par affections centrales (vieillards, aliénés), ou paralysie périphérique (diphtérie, etc.).

Je ne saurais admettre que les altérations ou la destruction de l'épiglotte soient une cause fréquente de pénétration de corps étrangers dans les voies aériennes, car j'ai bien vu des malades n'être point incommodés par cette absence d'opercule glottique.

Les corps étrangers peuvent encore pénétrer dans le larynx ou la trachée pendant la chloroformisation ou l'éthérisation ; aussi

est-il d'usage d'examiner la bouche des malades à opérer avant de les anesthésier.

Le plus habituellement l'introduction se fait inopinément. C'est pendant un accès de rire ou à la suite d'une frayeur, qu'une aspiration brusque et profonde projette le corps du délit de la cavité buccale dans le conduit de l'air.

Le même fait se produit quelquefois pendant le sommeil, lorsque les enfants ou les grandes personnes s'endorment avec un objet quelconque dans la bouche.

Dans les pays où l'on se sert de canules en caoutchouc durci



Fig. 197. — Sangsue attachée à la corde vocale gauche.

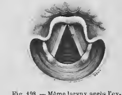


Fig. 198. — Même larynx après l'extraction de la sangsue.

(D'après Seifert.)

ou en gutta-percha, après la trachéotomie, il arrive assez souvent que des morceaux de ces dernières se détachent et pénètrent dans la trachée ou dans l'une des bronches.

Certains corps acérés s'arrêtent à l'entrée du larynx pendant l'acte de la déglutition. Les exemples d'aiguilles ou d'épingles implantés de la sorte ne sont pas très rares.

Enfin les corps étrangers peuvent venir de l'œsophage, par ulcération de ses parois ou par suppuration d'un ganglion bronchique ; de même un objet introduit dans les fosses nasales ou l'arrière-nez peut tomber dans le larynx pendant un mouvement d'aspiration, ou maladroitement repoussé par la main du chirurgien.

Dans les pays chauds, les sangsues rentrent dans le larynx au

moment où le sujet assoiffé boit avidement l'eau d'une mare ou d'un cours d'eau; Massei, Ramon de la Sota, Ficano, Seifert, Liaras, et beaucoup d'autres auteurs ont rapporté des exemples de ce genre.

On a encore signalé (Solis-Cohen) le fait de malades ayant avalé leur épiglotte. J'ai eu moi-même l'occasion de voir un cas de ce genre qui entraîna la mort du sujet. C'est de cette façon que Rühle explique plusieurs morts subites survenues à table; Fletcher-Ingalls a même rapporté en 1881, le cas d'un malade ayant avalé sa langue. Ces derniers cas sont cependant assez rares pour n'être cités qu'à titre de curiosité.

Symptômes. — Les symptômes occasionnés par la présence de corps étrangers dans les voies aériennes sont variables suivant le volume, la forme et la position qu'ils occupent. Si les dimensions sont assez considérables pour obstruer complètement le larynx d'emblée, la mort peut être immédiate, elle résulte d'une syncope asphyxique. Ces faits sont fréquents dans les asiles de vieillards et d'aliénés.

Les corps oblongs, lisses et unis, pénètrent avec beaucoup plus de facilité et peuvent s'enclaver dans le ventricule de Morgagni, rester entre les deux cordes vocales ou bien descendre dans la trachée jusqu'à la bifurcation de ce conduit. S'ils vont plus avant, il y a bien des chances pour que la pénétration se fasse plutôt dans la bronche droite que dans la gauche, à cause de la situation anatomique de ces deux ouvertures.

Une fois le corps étranger introduit dans l'arbre respiratoire, le premier symptôme qui trahit sa présence est une quinte de toux convulsive, spasmodique, très violente et presque caractéristique, puis peu à peu cette révolte des voies respiratoires se calme, tout rentre dans l'ordre pendant un laps de temps qu varie avec la position de l'objet et son volume, et suivant que le corps étranger se fixe dans les voies aériennes ou bien qu'il est mobile. Dans ce dernier cas, au moment où il se déplace, une quinte de toux convulsive le projette brusquement vers les cordes vocales qui se ferment aussitôt pour empêcher sa sortie. Il se

produit alors une sorte de claquement spécial, bruit de clapet, très caractéristique de la présence des corps étrangers mobiles dans le conduit trachéal. Les rémissions entre chaque crise sont

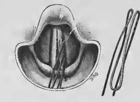


Fig. 199. — Épingle à cheveux retournée, introduite dans le ventricule gauche, et enlevée par les voies naturelles.

très variables ; certains malades n'ont de quintes que deux ou trois fois par jour, alors que chez d'autres les accès de suffocation se renouvellent à chaque instant à propos du moindre mouvement.



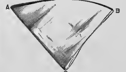


Fig. 200. — Morceau de verre à l'entrée du larynx. Aspect du corps étranger, vu par en haut et après son extraction.

La douleur est souvent nulle ; lorsqu'elle existe, elle est parfois localisée au niveau du larynx ou autour du cricoïde.

La voix peut être enrouée, bitonale, aphone et même étouffée, suivant que le corps étranger est situé dans la région sus-glottique ou entre les cordes vocales. Assez souvent elle prend le timbre rauque et croupal.

Les troubles vocaux sont nuls lorsque le corps du délit a pénétré au-dessous du larynx.

Les caractères de la toux sont également variables; elle est habituellement convulsive, suffocante et, comme la voix, rauque et croupale; cette dernière est pour ainsi dire caractéristique surtout lorsqu'elle s'accompagne du bruit de clapet dû au choc du corps étranger sur l'orifice glottique resserré pendant des efforts de toux. Très souvent on est obligé de faire tousser l'enfant pour percevoir ce symptôme.

L'expectoration peut être muqueuse comme après un accès d'asthme; elle est souvent muco-purulente ou même striée de sang, si l'objet introduit a séjourné pendant un certain temps dans les voies aériennes et a déterminé une irritation du voisinage. Dans les cas de sangsues, de parasites ou insectes vivants, l'expectoration est sanglante.

En général, la percussion ne donne aucune indication, mais il est souvent possible, en pratiquant le toucher du conduit trachéal à la partie antérieure, si le corps est mobile, de le sentir passer sous le doigt au moment des efforts de toux.

L'auscultation a pu fournir des éléments de diagnostic en faisant percevoir le bruit de choc et de drapeau caractéristiques des corps mobiles. Ce moyen permet aussi de constater l'existence d'un rétrécissement bronchique ou d'une infection locale unilatérale, dans les cas où une bronche est obstruée.

L'examen direct n'est pas toujours suffisant pour éclairer la situation; toutefois, si le corps est dans le larynx, c'est la seule manière de déterminer sa nature, sa forme et son volume. S'il est situé au-dessous, l'examen devient plus difficile, souvent même négatif, lorsqu'il s'agit d'enfants difficiles à examiner. Ici, en s'aidant des commémoratifs et de l'appareil symptomatique que nous venons de décrire, on pourra très souvent arriver à conclure que l'objet introduit a passé au-dessous du larynx.

Il faudra également se rappeler combien peuvent être précieuses en pareil cas la radioscopie ou même la radiographie. Grâce à ces procédés il est souvent possible d'apercevoir un corps étranger, même une graine, dans l'intérieur du conduit aérien, et par

conséquent de déterminer son siège. La trachéoscopie directe d'après la méthode de M. Killian (voir p. 264) est aussi un moyen précieux d'exploration et même d'extraction dont il faudra savoir faire usage à l'occasion.

Je ne parlerai que pour mémoire du toucher digital, pour le proscrire comme inutile et souvent dangereux. En effet, s'il n'a jamais servi à reconnaître un corps étranger introduit dans les voies aériennes supérieures, par contre il a souvent fait pénétrer plus avant dans le larynx un objet situé à l'entrée de cet organe. C'est un mode d'exploration qu'il faut rejeter dans tous les cas.

Marche. — Le plus souvent les corps étrangers sont expulsés spontanément car au moment de leur pénétration dans le conduit aérien, les cordes vocales se contractant avec énergie empêchent leur entrée dans les voies aériennes profondes. Une fois introduits dans le larynx ou au-dessous, ils se comportent d'une façon variable suivant leur forme et leur nature ; s'ils sont acérés et pointus tels que des aiguilles, ils peuvent migrer à travers les tissus. C'est ainsi que certains objets effilés ont pu traverser le thorax et venir se faire jour sur le côté de la poitrine ou dans d'autres régions

Durée. — La persistance des corps étrangers dans les voies aériennes, quand la mort ne suit pas immédiatement leur introduction, est très variable. Certaines graines sont susceptibles de se ramollir, se dissoudre même et être éliminées peu à peu avec le mucus trachéal ou bronchique. D'autres fois, la suppuration s'établit autour du corps étranger, le détache et facilite son expulsion après un laps de temps plus ou moins long, ou bien encore il se fixe définitivement en un point quelconque des voies aériennes et y séjourne pendant des mois et des années, jusqu'au moment où le diagnostic étant nettement établi on va à sa recherche. Dans d'autres cas enfin, il finit par déterminer la mort par les accidents septiques qu'il cause autour de lui. C'est ainsi que l'on a pu, à l'autopsie de malades soignés comme tuberculeux pendant leur vie, trouver dans les bronches des corps

étrangers variés qui s'y étaient introduits depuis plusieurs années.

Si l'on a cité des exemples de malades ayant vécu six, huit et même dix ans avec des objets divers dans leurs voies aériennes, il faut avouer cependant qu'en général il se produit des infections locales qui finissent tôt ou tard par occasionner la mort, soit par suffocation, soit par suite d'accidents pulmonaires aigus ou chroniques, ou abcès de voisinage.

Complications. — Les plus fréquentes sont l'emphysème dû à la filtration de l'air à travers les conduits aériens blessés. Les accès de toux convulsive favorisent l'apparition de cette complication. Les collections purulentes de voisinage occasionnant l'asphyxie, et des accidents septiques en faisant irruption dans le médiastin.

On observe également des ulcérations de la trachée et des grosses bronches, ou bien encore de la pneumonie caséeuse simulant une tuberculose, toutes complications qui emportent le malade à une époque plus ou moins éloignée de son accident

Pronostic. — Il varie suivant le point où s'est arrêté le corps du délit, sa nature, son volume, l'âge des malades et suivant les différentes considérations que je viens de développer.

Diagnostic. — La première question qui se pose en pareil cas est de savoir s'il existe un corps étranger dans les voies aériennes. Bon nombre de malades viennent en effet consulter le médecin avec l'intime persuasion qu'ils ont encore dans leur larynx ou leur trachée un objet quelconque qui bien souvent n'y a pas pénétré ou ne s'y retrouve plus. Lorsqu'il existe, il faut en déterminer la nature et la position Si le corps étranger s'est arrêté dans l'organe vocal, le laryngoscope indique sa présence, sa forme, son volume et sa situation. Si au contraire, il a passé au-dessous des cordes et si pour une raison quelconque, indocilité du malade, inflammation périphérique, etc., l'examen laryngoscopique et trachéoscopique ne sont pas applicables, c'est aux commémoratifs qu'il faudra demander d'utiles renseignements. On

apprendra en effet que le début de l'accident a été brusque, subit; l'enfant jouait avec un objet dans la bouche au moment où il a été pris d'une suffocation violente avec menace d'asphyxie ; puis ces accès se sont répétés dans la nuit, suivant que le corps était plus ou moins volumineux et mobile. Dans l'intervalle des accès existe un calme relatif qui trompe souvent les parents et quelquefois le médecin. La toux est habituellement rauque, quinteuse et convulsive avec suffocation et anxiété respiratoire ; elle est parfois sonore et l'on peut percevoir le bruit du clapet ou sentir à la palpation de la paroi antérieure de la trachée le frottement du corps étranger. On a alors des signes de certitude de sa présence dans le conduit aérien.

Le croup sera facilement reconnu à l'examen de l'arrière-gorge ou dans tous les cas à l'aide du miroir laryngien dont l'application est toujours possible en pareil cas, pour permettre l'inspection au moins superficielle de l'organe vocal.

Il faut savoir enfin que certains corps étrangers des voies aériennes ne manifestent leur présence par aucun des signes classiques que je viens d'indiquer. Le diagnostic pourra être ici difficile, surtout si le malade ou son entourage ont oublié la possibilité de son introduction dans les voies aériennes. Il faudra bien entendu, toujours, demander à la radioscopie et même à la radiographie les renseignements précieux qu'elles sont susceptibles de nous fournir dans les cas de ce genre.

Traitement. — Il est d'un usage trop fréquent lorsqu'on se trouve en présence d'un malade ayant aspiré un objet quelconque, de lui prescrire soit un vomitif, soit encore de lui titiller le fond de la gorge avec une barbe de plume. Ce sont là de mauvaises manœuvres qui n'aboutissent qu'à déplacer le corps du délit et risquent d'occasionner une crise d'asphyxie rapide. La plupart des cas de mort ont été produits par l'administration intempestive de vomitifs et dans les cas plus heureux, ces derniers ont souvent fait pénétrer plus profondément encore dans les voies respiratoires, un objet placé dans la région sus-glottique ou entre les deux cordes vocales.

Il faut réprouver aussi les tentatives d'extraction faites à l'aveugle avec les pinces seules ou guidées sur l'indicateur de la main gauche et, à plus forte raison, avec les doigts ; on doit repousser ces procédés comme inutiles et surtout comme dangereux. Si l'on a cité comme heureux les quelques cas où ces moyens ont permis de guérir les malades, on a trop souvent oublié de publier les insuccès et les morts dues à ces manœuvres d'un autre temps

On pourrait, à la rigueur, essayer la méthode qui consiste à renverser le malade la tête en bas, ou le coucher sur une table ou sur un plan incliné, en lui imprimant des secousses brusques. S'il s'agit d'objets lourds tels que pièces de monnaie, clous, morceaux de plomb, ce moyen peut réussir.

La chloroformisation du sujet devra quelquefois être utilisée pour éviter les réflexes laryngiens et les spasmes glottiques qui s'opposent à la sortie des corps étrangers situés au-dessous des cordes vocales.

Si tous ces moyens ont échoué, fait le plus habituel, il faudra recourir à l'extraction, et ici les modes d'action varient, suivant la nature de l'objet introduit et la profondeur à laquelle il est situé. S'il est placé à l'orifice du larynx, dans la région vestibulaire, l'extraction par les voies naturelles pourra être tentée, à condition d'avoir affaire à un sujet calme, tranquille, se prêtant bien aux manœuvres laryngoscopiques. A moins qu'il ne s'agisse de jeunes enfants, ce procédé donnera toujours des résultats favorables d'emblée.

On peut aujourd'hui compter par centaines les objets enlevés par la bouche, grâce à la laryngoscopie. Si l'opérateur est habitué aux manœuvres laryngoscopiques, il devra, une fois le larynx anesthésié à l'aide de solution de cocaïne au dixième, se munir des nombreuses pinces laryngiennes que nous possédons aujourd'hui dans notre arsenal, pour enlever l'objet dont il aura auparavant déterminé la nature et le siège,

Si l'objet introduit dans les voies aériennes a pénétré plus avant dans l'organe vocal, ou bien s'il est fortement enclavé dans les ventricules de Morgagni ou entre les cordes, le mode d'extraction

variera beaucoup avec chaque objet. Il est même des cas où l'extraction par les voies naturelles sera absolument impossible, le corps étant solidement fixé et même implanté dans les parois du larynx. Dans ces cas il ne faut pas craindre de pratiquer l'extirpation par la voie externe, c'est-à-dire en ouvrant le cartilage thyroïde sur la ligne médiane. A la rigueur, on tenterait l'extraction en incisant simplement la membrane crico-thyroïdienne ou thyro-hyoïdienne, suivant le siège du corps étranger, mais il est certain que la thyrotomie (laryngo-fissure médiane) permet de manœuvrer plus sûrement dans le larynx et même au-dessus et au-dessous de cet organe. Suivant les cas et suivant aussi l'habitude de l'opérateur, la thyrotomie pourra être faite avec ou sans trachéotomie préalable. Habituellement, chez les enfants surtout, l'incision verticale et médiane du cartilage thyroïde et des tissus qui le recouvrent donnent peu ou pas de sang, ce qui permet de se dispenser d'ouvrir le conduit trachéal. Toutefois, s'il existait des troubles asphyxiques on n'hésiterait pas à pratiquer la trachéotomie d'abord, puis la thyrotomie.

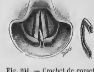


Fig. 201. — Crochet de corset enclavé dans le larynx, enlevé par la thyrotomie. Aspect du corps étranger dans le larynx et après son extraction.

Une fois le corps étranger enlevé, il sera de règle de suturer immédiatement les voies aériennes et les tissus pré-trachéaux à l'aide du catgut, tandis que la peau sera réunie avec des crins ; on obtiendra ainsi une guérison rapide en l'espace de quelques jours.

Si le corps étranger est situé au-dessous du larynx, l'indication est en général plus nette. En effet, bien que quelques opérateurs très expérimentés aient pu enlever par les voies naturelles des corps étrangers de la trachée et même des bronches (Killian), il faut considérer encore ces faits comme à peu près exceptionnels, surtout lorsque l'objet introduit dans le conduit trachéal est lisse et uni, glissant facilement entre les mors d'une pince (noyau,

graine, etc.). Ici l'ouverture de la trachée faite au-dessous du cricoïde s'impose. Dans ces cas, le meilleur moyen de procéder pour avoir un champ opératoire très net, c'est d'aller lentement, en faisant dans les tissus pré-trachéaux une longue incision qui mettra à nu la trachée sur une longueur d'au moins deux centimètres ou trois. Avant d'ouvrir les voies aériennes, il faudra s'assurer que l'hémostase est parfaite à sa surface et que la sensibilité de la muqueuse n'est pas complètement abolie par la narcose, car l'existence des réflexes trachéaux pourra faciliter l'expulsion du corps du délit. Aussitôt la trachée ouverte, au lieu de placer dans l'ouverture le dilatateur ordinaire, dont les branches sont épaisses et font saillie dans la lumière du conduit, il est préférable de mettre de chaque côté deux crochets mousses, deux sortes d'épingles à cheveux coudées du côté de leur extrémité arrondie ; ces dilatateurs introduits entre les lèvres de la plaie trachéale seront écartés doucement l'un de l'autre, de manière à favoriser la sortie du corps étranger qui très souvent est expulsé pendant la quinte de toux qui suit l'ouverture du canal aérien. D'autres fois on voit l'objet se présenter à l'orifice de la plaie, puis être aspiré ; il est ainsi ballotté par des mouvements rapides de va-et-vient au cours desquels il faut le saisir et le fixer à la paroi postérieure, puis le ramener au dehors. Ces différentes manœuvres seront faites avec une pince à griffe, un crochet mousse, une curette coudée ou tout autre instrument approprié. L'opération terminée, il faudra encore, et c'est là une méthode nouvelle que je ne saurais trop recommander, faire la réunion immédiate du conduit trachéal et aussi la coaptation parfaite des lèvres de la plaie au catgut, on suturera de même les tissus pré-trachéaux, et la peau avec des crins.

Dans les cas où le corps étranger n'aurait pas été expulsé ou extrait pendant l'opération, soit parce qu'il est fixé profondément vers l'éperon bronchique ou dans l'une des bronches, on pourrait, à l'aide du tube à trachéoscopie de Killian, faire l'inspection directe de la cavité et avec une pince *ad hoc* extraire l'objet introduit profondément dans les voies aériennes.

Si, après quelques essais, ces manœuvres ne réussissaient pas,

on laisserait ouverte la plaie trachéale en plaçant une canule dans son intérieur, de manière à pouvoir faire de nouvelles tentatives, soit le même jour, soit quelque temps après cette première opération.

Il est même possible, et Killian a rapporté des observations de ce genre, d'aller à la recherche de corps étrangers situés dans une grosse bronche ou même une bronche de deuxième et troisième ordre, en passant par les voies naturelles, c'est-à-dire par la trachéoscopie et la bronchoscopie supérieures faites pendant la narcose chloroformique (voir Technique, p. 264 et suivantes).

Enfin, si l'objet introduit dans le conduit de l'air est métallique, on se rappellera que grâce à de forts électro-aimants il sera possible de l'attirer au dehors. Pour cela faire, on placera directement l'aimant devant l'ouverture trachéale, ou bien on aimantera un morceau de fer recourbé qui sera introduit par l'orifice de la trachée dans la direction du corps étranger. Cette méthode sur laquelle MM. de Roaldès et Garel ont récemment attiré l'attention, mérite d'être prise en sérieuse considération. Il se peut même que grâce à ce procédé, on puisse à travers la paroi thoracique détacher un objet métallique profondément introduit dans les voies aériennes pour lui faire prendre une bonne direction en le dirigeant vers les grosses bronches ou même le conduit trachéal d'où il est alors facile de l'extraire [1].

Je terminerai ce chapitre en recommandant d'intervenir le plus promptement possible, car les corps étrangers des voies aériennes constituent un danger de tous les instants et il vaut toujours mieux opérer avant l'apparition des complications qui rendent souvent l'intervention inutile ou toujours plus grave.

[1] Voir à ce sujet Thèse de M. Varenne, Bordeaux, novembre 1901.

LARYNGITES DES FIÈVRES ÉRUPTIVES

Dans la pratique, il est assez habituel de ne pas s'occuper, dans le cours des fièvres éruptives, des troubles qui surviennent du côté de l'organe vocal, tout préoccupé que l'on est de la maladie générale. C'est seulement lorsque la sténose respiratoire est assez prononcée pour nécessiter une intervention, que l'attention est appelée vers le larynx, encore bien souvent se borne-t-on à présumer des altérations que peut présenter cet organe, sans essayer de les déterminer d'une façon précise, par un examen direct. Cette négligence me paraît être des plus coupables, puisque certaines fièvres éruptives peuvent laisser après elles des désordres graves, souvent même incurables, dont on aurait pu prévenir l'évolution par un traitement approprié. Je décrirai ici les laryngites que l'on peut observer dans le cours de la rougeole, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la variole et l'érysipèle, en suivant l'ordre indiqué dans cette énumération.

LARYNGITE RUBÉOLIQUE

A peine signalées dans les livres classiques, les complications laryngées de la rougeole ont été surtout étudiées en France, par MM. Coyne (1874), Barbier (1886) et Godet (1892). Les manifestations rubéoliques s'observent à la période prodromique, pendant l'éruption ou la convalescence.

Troubles fonctionnels. — Ils sont généralement très peu marqués dans la période prodromique, et consistent simplement en un enrouement léger ou un peu de raucité de la voix. La toux prend un timbre aigu comme déchiré (toux férine), surtout lorsque l'éruption commence à apparaître.

On a signalé également quelques accès de suffocation, véritables laryngites striduleuses, conséquences probables de l'adénopathie péri-trachéale qui accompagne souvent cette affection au moment de l'éruption. A cette période on peut voir se pro-

duire des désordres respiratoires dus soit à l'infiltration aryténoïdienne ou glottique, soit à l'immobilisation plus ou moins complète des articulations crico-aryténoïdiennes. La dyspnée peut également être la conséquence de compression récurrentielle par des ganglions péri-trachéaux plus ou moins tuméfiés.

Pendant la convalescence, les troubles fonctionnels sont à peu près les mêmes que ceux de la période éruptive, avec cette différence que lorsque le larynx est atteint les lésions sont habituellement plus importantes. L'on a signalé de véritables laryngites membraneuses (croup) venant se greffer sur un état primitif catarrhal ; néanmoins ce mode de terminaison de la laryngite rubéolique est d'une fréquence variable suivant les épidémies. Rauchfuss, sur 1.176 cas de rougeole n'a observé que 11 fois la diphtérie de la gorge, 9 fois celle du larynx et 13 fois la laryngite fibrineuse simple (croup inflammatoire). Tandis que Sanné, au contraire, sur 95 cas de diphtérie secondaire à la rougeole a trouvé le larynx pris 87 fois, ce qui constitue une proportion de 93,5 p. 100. Gottstein avait autrefois émis l'opinion que la rougeole provoquait une prédisposition à la localisation du processus diphtérique dans le larynx. Löri admet même que cette prédisposition pour le développement du croup au cours de la rougeole est héréditaire. Cet auteur dit avoir maintes fois remarqué que les enfants d'une même famille ayant la rougeole à des intervalles éloignés, se trouvaient chaque fois atteints de cette complication ; c'est ainsi que dans une même famille, à plusieurs années de distance, chaque enfant aurait succombé successivement à une diphtérie consécutive à cette fièvre éruptive. Toutefois les autres auteurs n'ont pas fait de remarques analogues.

Examen laryngoscopique. — Il est très rare que l'on ait l'occasion de pratiquer l'examen de la muqueuse vocale à la période prodromique de l'affection, car il est pour ainsi dire exceptionnel que les parents songent à consulter le médecin et à faire examiner l'organe vocal d'un enfant simplement un peu enroué depuis quelques jours, mettant tout sur le compte d'un refroidissement ou d'un léger rhume.

Dans les cas rares où j'ai eu l'occasion de voir la muqueuse du larynx, j'ai rencontré une rougeur un peu diffuse avec quelques troubles d'asynergie musculaire faisant songer à une simple laryngite catarrhale.

A la période d'éruption, si l'on pratique l'examen laryngoscopique, on peut constater que la muqueuse laryngée est uniformément rouge et avec un éclairage puissant il est même possible, ainsi que l'a dit Gerhardt, de voir une sorte de pointillé rougeâtre tout à fait analogue à celui qu'on constate dans l'arrière-gorge et particulièrement sur le voile du palais des enfants atteints de rougeole. Gottstein dit même que l'on peut voir apparaître de véritables papules quelquefois épaisses et assez confluentes pour former sur la muqueuse du larynx des lignes élevées d'un rouge sombre, serpigineuses, recouvertes par places de petites nodosités.

Dans quelques cas rares, on constate l'existence de petites érosions occupant soit les cordes vocales, soit la muqueuse ventriculaire ou les éminences aryténoïdes ; il existe alors une infiltration œdémateuse des replis ary-épiglottiques et de la région aryténoïdienne.

Lorsque la laryngie survient à la période de convalescence, on constate sur la surface de l'arrière-gorge, du larynx et de la trachée, une exsudation notable ; la muqueuse prend un aspect velouté, régulièrement rouge sombre, ou même tacheté par place. On a même signalé l'existence de petites ecchymoses, d'érosions et d'ulcérations occupant la partie postérieure des cordes vocales ou l'extrémité des cartilages de Santorini. Ces ulcérations seraient de forme irrégulière, dentelées sur leurs bords, entourées d'une zone d'infiltration plus ou moins considérable, suivant leur importance et leur profondeur. Elles auraient pour point de départ une altération des follicules clos de la muqueuse laryngée. Dans des cas très rares, on a observé de petits abcès des bandes ventriculaires ou des éminences aryténoïdes, avec œdème de voisinage, cela va sans dire.

Plusieurs fois, chez des enfants atteints de cornage et même de tirage, j'ai constaté l'existence d'une infiltration sous-glottique avec immobilisation partielle des aryténoïdes. Cette laryngite

sous-glottique m'a paru être une complication assez fréquente au cours de certaines épidémies.

Quant aux arthrites crico-aryténoïdiennes et aux laryngites pseudo-membraneuses, elles se traduisent par les signes que l'on est habitué à observer en pareil cas.

Diagnostic. — Les troubles laryngés de la rougeole sont faciles à diagnostiquer, surtout dans le cours de l'affection. Tout au plus, au début, alors que l'éruption n'a pas encore apparu, pourrait-on croire à une simple laryngite striduleuse ; mais il suffira de se rappeler que cette affection survient la nuit ; tandis que dans la laryngite rubéolique les accès sont diurnes autant que nocturnes, de plus ils sont souvent continus.

L'hypérémie de la conjonctive et le catarrhe nasal qui forment souvent le cortège initial de la rougeole, et l'existence d'une épidémie ambiante seront encore à cette période, des indices précieux en faveur de cette fièvre éruptive.

Quant au croup, s'il complique la rougeole, il survient habituellement après l'éruption ou pendant que cette dernière évolue. On établira aisément le diagnostic à l'aide du miroir laryngien. Il faut savoir que ces sortes de laryngites pseudo-membraneuses évoluent isolément sans atteindre l'arrière-gorge, toute la lésion siégeant dans le larynx et même la trachée.

L'apparition de l'éruption rubéolique permettra d'attribuer une juste valeur aux complications qui pourraient survenir lorsque cette dernière aura disparu.

Marche. — Les modifications de la muqueuse vocale du début de l'éruption peuvent disparaître quand celle-ci se généralise ; d'autres fois au contraire, chaque poussée congestive est suivie de lésions laryngées qu'il convient de traiter par des moyens spéciaux.

La marche de l'affection dépend de la nature de la complication, de sa forme et de l'intensité de l'épidémie rubéolique.

Pronostic. — Il est en général bénin. Toutefois les lésions articulaires crico-aryténoïdiennes, les abcès péri-laryngiens, la gan-

grène de la muqueuse et les laryngosténoses inflammatoires simples ou pseudo-membraneuses sont autant de complications susceptibles d'assombrir le pronostic, car elles peuvent entraîner la mort.

Traitement. — Au début, on peut se borner à agir simplement contre la rougeole elle-même, en se gardant bien de prescrire des révulsifs énergiques ; il suffira de placer des éponges ou des linges imbibés d'eau chaude au-devant du cou ; des sinapismes ou même des cataplasmes chauds rendent les mêmes services. Si le larynx est atteint pendant le cours de l'éruption rubéolique, quelques inhalations chaudes suffiront habituellement pour empêcher les symptômes de s'aggraver.

Enfin, s'il survenait des menaces de suffocation ou des complications plus graves, on les traiterait par les moyens habituels en se rappelant que le croup rubéolique sans altération de la muqueuse, cela va sans dire, peut être simplement arrêté par le tubage du larynx qui trouvera également son indication dans les cas d'immobilisation des cordes vocales en position médiane par compression récurrentielle.

Si au contraire il existait du côté de la muqueuse vocale des ulcérations, des infiltrations œdémateuses, en un mot des lésions inflammatoires trop aiguës, il serait préférable de faire la trachéotomie qui assurerait le repos de l'organe vocal et faciliterait par conséquent la guérison de la complication observée.

Le traitement devra donc s'adresser aux différentes altérations morbides constatées par l'examen laryngoscopique qui, seul, pourra fournir des indications cet égard.

LARYNGO-TYPHUS

On désigne sous ce nom les complications susceptibles d'atteindre la muqueuse vocale au cours, ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde et du typhus exanthémateux.

Fréquence. — Les complications laryngées de la dothiénenterie ne sont guère connues que depuis le commencement de ce siècle (Bayle, 1808), Brouillaud et Cruveilhier (1825). Toutefois ce fut surtout après la période laryngoscopique que les travaux véritablement importants sur la question ont été publiés (Koch, 1878), N. Blaising (1880), Tissier, etc., etc.

Tous les auteurs qui ont écrit sur le laryngo-typhus admettent que la fréquence de ces altérations morbides dépend tout à la fois et de la saison où évoluent les épidémies et surtout de la nature de ces dernières. Ainsi Mollière, de Lyon, dit avoir observé en 1876 de nombreuses complications laryngées, tandis que cette même année ces manifestations étaient rares à Paris où la même affection sévissait également.

Le laryngo-typhus est une manifestation fréquente chez les soldats en campagne, surtout lorsque la maladie atteint des sujets débilités. Elle est également plus connue dans les hôpitaux que dans la pratique civile. Toutefois je suis convaincu que les complications laryngées superficielles seraient assez souvent observées si l'on pratiquait systématiquement l'examen de l'arrière-gorge et du larynx des typhiques, comme on le fait pour leur bouche, leur langue et leurs gencives. D'autre part, nous savons que bien des altérations de l'organe vocal, manifestes pendant la vie, ne se retrouvent plus à l'autopsie (infiltrations œdémateuses, érosions superficielles), aussi les statistiques concernant la fréquence de cette complication sont-elles toutes plus ou moins entachées d'erreur.

Les formes légères érythémateuses, s'observent habituellement dans le second et surtout dans le troisième septenaire, tandis que les complications plus graves se rencontrent surtout au moment de la convalescence.

Étiologie. Pathogénie. — Pour expliquer l'apparition des laryngites typhiques, on a invoqué la nature du germe épidémique, le manque de soins hygiéniques, le froid, les efforts vocaux antérieurs à l'affection. Le sexe masculin y semblerait aussi le plus prédisposé, peut-être à cause de la nature de ses occupations habituelles.

Les théories les plus diverses ont été émises sur la pathogénie des accidents laryngés. Pour MM. Brouillaud et Cruveilhier il s'agirait simplement d'une inflammation analogue à celle des gencives, de la langue et de l'arrière-gorge. Tandis que Rokitansky admet une infiltration typhoïde dans l'épaisseur des tissus. « Le typhus du larynx, dit cet auteur, est en quelque sorte la terminaison du typhus abdominal. » On a également invoqué le décubitus dorsal, mais le siège des lésions ne plaide pas en faveur de cette hypothèse. On a encore insisté sur l'analogie qui existerait entre le larynx et l'intestin (Wissemann), analogie que Coyne avait également essayé d'établir dans son travail inaugural ; mais on peut opposer à cette théorie d'abord la présence de lésions dans les points où il n'existe pas de follicules clos et même la rareté des ulcérations dans les parties de la muqueuse vocale où ils se trouvent agglomérés (ventricules, cordes vocales).

La théorie microbienne a aussi ses partisans. Peut-être faut-il simplement admettre que le larynx n'échappe pas plus que les autres organes à l'infection à laquelle prédispose une maladie aussi longue, aussi persistante et surtout aussi débilitante que la fièvre typhoïde.

Symptomatologie. — Les manifestations laryngées de la fièvre typhoïde se montrent sous des formes diverses que l'on peut classer en :

1° Érythémateuse ; 2° diphtéritique ; 3° ulcéreuse, qui se divise elle-même en nécrosique d'emblée et nécrosique secondaire ou consécutive ; 4° myopathique.

1° Forme érythémateuse. — On observe ici les troubles fonctionnels de la laryngite catarrhale aiguë simple ; les sensations de cuisson et surtout de sécheresse à l'arrière-gorge, qui provoquent une difficulté assez considérable et même de la douleur pour avaler à vide. La voix est éraillée ou rauque, la toux est nulle, ou si elle existe, elle est sèche, quinteuse, parfois même spasmodique.

Si l'on pratique l'examen laryngoscopique, on trouve de la des-

quamation générale de la muqueuse laryngée, principalement sur l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques, les bandes ventriculaires et aussi les cordes vocales, surtout à leur face supérieure.

Toute la couche superficielle de l'épithélium est enlevée. On constate quelquefois l'existence de petites mucosités noirâtres ou gris foncé, qui se déplacent pendant les efforts de toux, se distinguant ainsi des érosions ou même des ulcérations. Le larynx paraît sec, comme vernissé, offrant un aspect assez analogue à celui de la muqueuse des fosses nasales et du pharynx, à cette période de la maladie.

Chaumel a comparé l'épiglotte des typhiques, dans les formes un peu prononcées, au gland en érection ; mais il faut dire que cet opercule quoique rouge et finement granulé, n'est cependant pas tuméfié d'une manière notable.

La laryngite érythémateuse survient habituellement pendant le cours de la fièvre typhoïde ; elle correspond à la forme catarrhale des auteurs allemands ; ce serait même d'après Lœri, avec l'hypertrophie de la rate et la courbe de la température particulière à cette infection, le symptôme caractéristique de la maladie. On observe cette complication surtout chez l'adulte et dans les formes réellement confirmées de la dothiénenterie. Chez les enfants elle paraît être exceptionnelle.

2° **Forme diphtéritique**. — La plupart des auteurs la considèrent comme très peu commune. Lorsqu'elle existe, elle se présente habituellement dans le troisième septenaire et se signale surtout par la minceur de la fausse membrane qui recouvre la muqueuse vocale.

Les symptômes fonctionnels ne diffèrent pas de ceux de la diphtérie en général ; toutefois comme les néomembranes ne sont pas très développées, la dyspnée est souvent peu accentuée. Quelques auteurs ont signalé à la suite ou pendant l'évolution de cette laryngite pseudo-membraneuse, de véritables ulcérations de la muqueuse.

Eppinger qui a fait à ce sujet des recherches anatomiques, admet que les couches membraneuses observées ne sont pas des

produits d'exsudation, mais sont constituées par une substance épithéliale métamorphosée par nécrose et parsemée d'amas de micrococques. Ce sont ces derniers qui, d'après cet auteur, joueraient un rôle actif dans la production du processus ulcéreux. En effet, pénétrant en profondeur, ils détermineraient la nécrose successive des différentes couches et créeraient ainsi une perte de substance que pour cette raison Eppinger appelle « ulcère septique ». Ce dernier peut aussi se combiner avec l'ulcère typhoïde pour produire des lésions considérables.

3° **Forme ulcéreuse**. — Les troubles fonctionnels sont en rapport avec la nature et surtout l'étendue de la complication. Parfois la pression au niveau du larynx est douloureuse, tandis que dans d'autres cas, cette région est tout à fait indolore.

Les modifications de la voix varient avec le siège et l'étendue des ulcérations. Si celles-ci atteignent la partie postérieure du larynx (chaton du cricoïde notamment) ou les portions latérales (bandes ventriculaires, cordes, région sous-glottiques, etc.) on observe de l'enrouement, de la raucité de la voix et même de l'aphonie complète.

Les troubles respiratoires pourront être légers, ou faire totalement défaut. S'il apparaît un œdème rapide des replis ary-épiglottiques venant obstruer brusquement l'entrée des voies aériennes, la dyspnée sera alors considérable et accompagnée d'accès de suffocation. D'autres fois la tuméfaction ou les abcès de la région aryténoïdienne engendrent de la sténose respiratoire, soit par infiltration, soit par immobilisation des cordes par arthrite crico-aryténoïdienne.

Les caractères de la toux changent avec ceux de la voix. Quant à l'expectoration, elle est variable, suivant l'étendue des ulcérations et leur profondeur : simplement muqueuse et peu abondante parfois, elle devient souvent purulente, striée de sang, sanguinolente même et contenant des débris de cartilages nécrosés, ou de muqueuse sphacélée. Dans ces cas, l'haleine est fétide et l'on peut même voir survenir de véritables vomiques de pus.

A l'examen laryngoscopique on constate au début de simples érosions siégeant sur l'épiglotte ou la région postérieure. Ce sont de petites pertes de substance arrondies, ovalaires ou longitudinales, irrégulières, avec des bords flasques, frangés, épais et infiltrés. Bientôt après ces petites ulcérations s'étendent et forment de véritables cratères ulcéreux, à fond grisâtre, terne, avec des bords anfractueux et taillés à pic. Le fond de l'ulcère est presque toujours recouvert de détritus gris blanchâtre ; il présente en certains points des parties noirâtres, indices de la nécrose du cartilage sous-jacent.

L'œdème de voisinage est toujours assez considérable ; il occupe habituellement les replis ary-épiglottiques, particulièrement la région qui correspond à l'articulation crico-aryténoïdienne, les bandes ventriculaires ou même l'épiglotte et la région sous-glottique. Il n'est pas très rare d'apercevoir de véritables abcès creusés dans l'épaisseur de la muqueuse vocale. Ils offrent l'aspect de cavités profondes et anfractueuses, au fond desquelles le cricoïde, le thyroïde et les autres cartilages sont plus ou moins altérés par la carie ou la nécrose.

D'après les recherches anatomiques faites par Dittrich, Cruveilhier, Brouillaud, Sestier, Trousseau et depuis par beaucoup d'autres auteurs modernes, les parties de la charpente du larynx atteintes de nécrose sont, par ordre de fréquence : le cricoïde, l'aryténoïde et enfin le thyroïde et l'épiglotte.

C'est ordinairement pendant la convalescence qu'apparaissent les altérations profondes dont la sténose laryngée est la conséquence à peu près obligatoire. Dans les cas aussi graves, la palpation externe de l'organe vocal permet ordinairement de constater l'existence d'un épaississement de la charpente du larynx avec des bosselures indiquant les modifications subies par le fibro-cartilage du larynx (périchondrite).

Il peut même se produire des fistules externes communiquant avec un cartilage enflammé ou nécrosé.

4° **Forme myopathique.** — Elle se manifeste habituellement pendant la convalescence de la fièvre typhoïde ou même après

sa guérison. Elle consiste en troubles musculaires momentanés ou même en paralysies définitives par atrophie ou dégénérescence de l'un ou de plusieurs groupes des muscles du larynx. Ces lésions tropho-névrotiques peuvent n'intéresser que des muscles isolés ou ceux d'un seul côté. Il est très rare de voir les troubles de la motilité s'étendre en même temps à tout l'organe vocal. Néanmoins, j'ai encore sous les yeux l'histoire d'un jeune homme qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, fut pris d'une paralysie ayant selon toute vraisemblance envahi tous les muscles du larynx. A l'examen direct les cordes paraissaient souples et relâchées, en position dite cadavérique. Malgré cette apparence il existait une laryngo-sténose inquiétante qui nécessita la trachéotomie pour empêcher le malade de mourir asphyxié.

Des faits de ce genre ont déjà été rapportés par Weber et Koch dans leurs travaux sur ce sujet.

Les troubles fonctionnels de cette complication varient avec les muscles paralysés. Si les thyro-aryténoïdiens ou les constricteurs sont atteints de paralysie le timbre de la voix sera profondément altéré, tandis que si les lésions portent sur les crico-aryténoïdiens postérieurs ce sera la respiration qui sera atteinte alors que la voix sera peu modifiée dans son timbre.

Je n'insisterai pas plus longuement sur ces différents symptômes que j'ai déjà décrits dans les chapitres consacrés aux paralysies des muscles du larynx.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISON. — La marche du laryngo-typhus et sa durée varient suivant sa nature et sa gravité.

La forme érythémateuse disparaît ordinairement avec la maladie générale qui détermine son éclosion ; elle est éphémère et ne dure guère plus que la sécheresse de l'arrière-gorge, des fosses nasales et les fuliginosités des lèvres ou de la langue.

La forme diphtéritique évolue d'une façon différente, suivant l'intensité du processus exsudatif et la forme de la fièvre typhoïde qu'elle vient compliquer.

La marche de la laryngite ulcéreuse ne peut être fixée à l'avance. Elle dépend de la nature de l'infection générale du sujet chez lequel apparaît cette complication toujours redoutable ; et de son étendue, soit en surface, soit en profondeur.

La laryngite ulcéro-nécrosique s'accompagne presque toujours d'œdème et de phlegmon, quelquefois même de gangrène pouvant être suivie de pneumonie septique ou toute autre complication grave au cours de son évolution. Lorsqu'elle guérit, elle laisse souvent après elle une laryngosténose par ankylose crico-aryténoïdienne, périchondrite ou infiltration diffuse de l'organe vocal.

La forme myopathique a généralement une longue durée, c'est par mois qu'il faut compter avant de voir les muscles paralysés reprendre leurs fonctions ; souvent ils gardent pendant longtemps une faiblesse appréciable.

Diagnostic. — Le diagnostic parfois très facile, présente dans certains cas une difficulté presque insurmontable par suite du gonflement des parties atteintes. Lorsque, au cours d'une fièvre typhoïde on observe des troubles vocaux, de la dysphagie ou certains désordres respiratoires, l'attention doit immédiatement être portée du côté du larynx. Il faut alors pratiquer l'examen direct si facile à faire même chez les malades couchés, car l'arrière-gorge des typhiques est peu sensible. On constate ainsi *de visu* l'étendue des lésions, leur aspect, et il est souvent possible de présumer de leur profondeur d'après la nature de l'infection générale, l'évolution de la maladie et l'infiltration constatée au laryngoscope.

Pronostic. — Le pronostic est très variable. Il est entièrement subordonné à la gravité de l'infection qui a engendré la complication laryngée et à la nature même de cette dernière.

Traitement — Le traitement ne laisse pas que de présenter de très sérieuses difficultés. Il devra surtout au début être prophylactique. On évitera au malade tout refroidissement brusque et

on surveillera avec soin l'enrouement ou les troubles vocaux observés pendant cette affection. Aujourd'hui surtout que l'usage des bains froids est très répandu dans la pratique courante, on devra, à la moindre crainte de complication laryngée examiner le larynx pour s'assurer que cet organe est intact, ou au contraire qu'il est porteur d'une complication commençante.

Dans les catarrhes légers, on peut se borner à prescrire quelques inhalations émollientes et antiseptiques faites dans la chambre, sur le lit du malade, ou même directement avec un inhalateur. A cet effet on pourra faire usage de solutions mentholées dans un peu d'eau chaude :

Essence de Gaultheria	XV gouttes.
Menthol pulvérisé	2 à 3 grammes.
Thymol	1 gramme.
Baume du Pérou.	10 »
Teinture d'eucalyptus	150 »

Une cuillerée à café dans un demi-litre d'eau plus ou moins chaude. Ces inhalations procureront au malade un certain bien-être. Les gargarismes alcalins mentholés pourront également être utilisés dans les formes superficielles.

Si l'on est en présence d'ulcérations intra-laryngées, les pulvérisations à l'acide phénique, au benzoate, borate ou salicylate de soude, à l'hydrate de chloral, au bromure de potassium ou de sodium, pourront rendre quelques services. Je donne volontiers la solution combinée suivante :

Benzoate de soude de benjoin . . }	ââ 6 grammes.
Salicylate de soude . . . . }	
Hydrate de chloral	3 »
Glycérine. . . . . }	ââ 50 »
Eau de menthe . . . . }	
Eau.	400 »

L'aluminium acéto-tartaricum est un excellent succédané du benzoate de soude en mettant une dose moitié moindre. Les mêmes topiques pourront être employés sous la forme de lavages

ou gargarismes (bains de gorge) si pour une raison quelconque le typhique ne peut faire usage de pulvérisations.

En cas d'abcès on doit intervenir de préférence par les voies naturelles, si la chose est possible (voir Abcès du larynx, p. 334).

Chez les malades atteints d'infiltration œdémateuse avec ou sans ulcération, le seul traitement est la trachéotomie qui doit être faite non dans l'espace crico-thyroïdien, mais sur la trachée elle-même. Koch a déjà insisté avec raison, dans son travail sur le laryngo-typhus, sur la nécessité d'ouvrir le conduit aérien au-dessous du cricoïde parce que ce dernier est souvent atteint de nécrose, ainsi que le premier anneau de la trachée. L'opération sera faite lentement, couche par couche, et la trachée sera incisée sous l'œil même de l'opérateur, de façon à éviter tout mécompte.

Une fois le malade guéri, si le larynx a repris sa forme normale, on enlèvera la canule ; si au contraire il reste un certain degré de laryngo-sténose, on le traitera par un des moyens déjà indiqués plus haut (voir p. 378).

LARYNGITE SCARLATINEUSE

On est habitué à ne décrire comme complications laryngées possibles de cette fièvre éruptive que la diphtérie secondaire. Rauchfuss, sur 903 cas de cette affection, aurait relevé 17 fois la diphtérie de la gorge ; 2 fois celle de cette région et du larynx ; 3 fois la laryngo-trachéite gangréneuse ; 4 fois la laryngite sous-muqueuse aiguë et 4 fois la forme la plus grave de cette infection locale.

Il est certain que pour la scarlatine comme pour toutes les fièvres éruptives, certaines épidémies sont plus particulièrement mortelles et présentent dans leur évolution des complications laryngo-trachéales. Bien que l'on retrouve la plupart du temps, à l'examen nécroscopique des malades morts de scarlatine avec laryngite concomitante, des fausses membranes dans le larynx, il ne s'ensuit pas qu'il s'agisse à proprement parler d'une véritable diphtérie de cet organe. On a en effet observé sur la muqueuse

vocale des ulcérations plus ou moins profondes et souvent même des nécroses des cartilages avec périchondrite et tous les symptômes qui accompagnent ces sortes de lésions. L'exsudat pseudo-membraneux est ici secondaire, on le retrouve du reste dans la plupart des affections inflammatoires ulcéreuses de l'arrière-gorge et du larynx. D'une façon générale, la scarlatine se manifeste du côté de l'organe vocal tantôt sous la forme d'une laryngite inflammatoire avec infiltration de la muqueuse glottique et sous-glottique, accompagnée d'exsudat pseudo-membraneux qui s'étend jusqu'à la trachée et même les bronches, et tantôt sous la forme véritablement ulcéreuse. Cette sorte de laryngite est caractérisée non seulement par de l'infiltration œdémateuse de toutes les parties qui composent l'organe vocal, mais aussi et surtout par des ulcérations plus ou moins profondes, pouvant aller jusqu'au cartilage. Ce dernier est atteint de périchondrite et parfois même nécrosé, suivant l'intensité de l'infection secondaire. On se trouve donc en présence d'une véritable laryngite nécrosante avec tous les caractères qui l'accompagnent.

Je n'insisterai pas sur les troubles fonctionnels qui découlent de la description anatomo-pathologique que je viens d'esquisser. Ils sont en rapport avec l'intensité et la diffusion des lésions ; ce sont des altérations des fonctions vocales et respiratoires.

Le traitement local sera celui de la complication observée, il pourra varier depuis les simples inhalations, fomentations chaudes, injections de sérum, etc.; jusqu'au tubage et à la trachéotomie, suivant la nature de la manifestation laryngée que l'on aura à combattre.

VARIOLE

Les complications laryngées de la variole apparaissent à deux époques différentes de la maladie ; dans la première période, elles consistent en une pustulation plus ou moins abondante mais discrète de la muqueuse vocale, tandis qu'à une étape plus avancée les altérations plus profondes, consistent en infiltration œdémateuse et ulcérations. Le larynx, à l'encontre de ce qui se

passe dans la rougeole, reste souvent indemne pendant la période prodromique de la maladie, il est ordinairement affecté entre le troisième et le sixième jour, au moment où apparait l'éruption cutanée.

La variole du larynx semble être des plus fréquentes ; c'est ainsi que d'après les statistiques de Rühle et d'Eppinger elle existerait chez tous les individus qui meurent de la petite vérole.

Ce fait est du reste connu depuis longtemps puisque Cottugnio (cité par Sigaud) dans son travail inaugural (Thèse de Strasbourg, 1818), avait rassemblé de nombreux cas d'éruptions pustuleuses varioliques dans les voies aériennes. Sestier, dans son travail sur la laryngite œdémateuse, en rapporte également plusieurs exemples.

Contrairement à la description habituelle des autres affections de l'organe vocal, je décrirai d'abord l'anatomie pathologique de cette complication pour exposer ensuite les symptômes fonctionnels ou locaux qui découleront de l'état morbide de la muqueuse vocale.

Anatomie pathologique. — Pendant de nombreuses années les différents auteurs ayant pratiqué l'examen laryngoscopique chez des varioleux ont discuté pour savoir si les lésions constatées directement avec le miroir étaient de véritables pustules varioliques ou des pseudo-pustules (Eppinger). Il est facile de comprendre que l'éruption ne peut pas avoir dans le larynx tous les caractères des manifestations cutanées. La mobilité incessante de l'organe, son état d'humidité permanente occasionnent rapidement la rupture de la poche purulente et changent son aspect extérieur. Toutefois il est bien avéré que l'on rencontre sur la muqueuse vocale et trachéale un soulèvement de la couche des cellules cylindriques épithéliales que le pus décolle et ne tarde pas à rompre, pour donner issue au liquide qui était contenu au-dessous d'elle. Parfois même on voit presque d'emblée apparaître à côté de ces sortes de petits abcès pustuleux des infiltrations séreuses abondantes, occupant surtout les replis ary-épiglottiques et la muqueuse sous-glottique.

Un peu plus tard, on rencontre de véritables ulcérations, discrètes dans quelques cas, confluentes dans d'autres, au point de donner à la muqueuse laryngée l'aspect d'un cratère ulcéreux.

Les écoulements sanguins s'observent surtout dans la forme hémorragique de la variole, ils se produisent au niveau des pustules elles-mêmes, ou bien dans le tissu sous-muqueux.

Dans une période plus avancée, les pertes de substances superficielles du début gagnent le périchondre dont elles provoquent l'inflammation. Cette périchondrite, ainsi que l'a dit Eppinger, succède soit à des abcès septiques de la surface, soit à une inflammation diffuse du tissu sous-muqueux, au point de paraître primitive. On voit alors apparaître de vastes abcès gangréneux accompagnés de nécrose des cartilages, qui s'éliminent en totalité ou en partie. Si le malade guérit de ces complications, il résulte des altérations graves, telles que de l'ankylose, des sténoses cicatricielles, etc.

Symptômes. — Les symptômes fonctionnels varient suivant le siège et la nature de la lésion. Dans les cas d'éruptions pustuleuses épiglottiques ou aryténoïdiennes, le trouble principal consiste en une douleur plus ou moins vive lors de la déglutition à vide, ou lorsque le malade avale des liquides et quelquefois même certains aliments (jus de viande, bouillon, etc.).

Le symptôme douleur est également très prononcé dans les cas de périchondrite ou d'ulcérations étendues. La palpation externe est pénible au malade, si les altérations morbides ont envahi le périchondre thyroïdien.

Les troubles vocaux sont d'autant plus accusés que les lésions sont plus profondes dans le larynx, c'est-à-dire occupent soit la région inter-aryténoïdienne, les bandes ventriculaires et surtout les cordes vocales. Ils varient notablement avec la nature, la forme et l'étendue de la manifestation locale.

La toux suit habituellement les modifications de la voix; elle peut être normale, rauque, bitonale ou aphone.

L'état de la respiration est rigoureusement subordonné au degré d'ouverture ou de sténose de l'orifice glottique. S'il existe un

gonflement inflammatoire ou une suffusion séreuse suffisamment considérable pour obturer l'entrée des voies aériennes, il pourra survenir des accès de suffocation. Ce symptôme existe à un très haut degré dans les cas de nécrose du cricoïde par suite de l'effondrement de la charpente du larynx ou tout au moins de l'immobilisation partielle ou totale des articulations crico-aryténoïdiennes.

La parésie ou même les paralysies musculaires qui se manifestent dans certains cas, seraient, de l'avis de Rühle, le résultat de l'envahissement des muscles par le processus œdémateux.

Je crois aussi que les causes d'immobilisation des rubans vocaux sont plus complexes, car les troubles musculaires peuvent résulter de névrites périphériques ou d'arthrites crico-aryténoïdiennes, dont le diagnostic n'est pas toujours facile à établir.

A l'examen laryngoscopique on rencontre tout à fait au début un peu de rougeur de la muqueuse qui paraît légèrement tuméfiée et recouverte de mucus plus ou moins épais, généralement peu abondant. A la période d'éruption il pourra se faire que l'on constate la présence de ces petites collections purulentes sous-épithéliales dont nous avons signalé l'existence, mais le plus souvent on trouve la surface de la muqueuse irrégulière et exulcérée par places.

Plus tard on aperçoit de véritables ulcérations et des points hémorragiques sous-muqueux dont il est possible, à l'aide du miroir, de déterminer l'étendue et le siège précis. Les périchondrites, les parésies, paralysies et les sténoses se reconnaissent à leurs caractères habituels que j'ai déjà exposés à propos des laryngites syphilitiques et tuberculeuses.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche diffère suivant que l'on se trouve en présence de pustules, d'ulcérations, d'abcès ou de nécrose.

La pustulisation de la muqueuse peut être très discrète, suppurer modérément, puis se cicatriser assez vite sans laisser d'autre trace qu'une petite dépression dans le point où elle a siégé.

Au contraire, si la complication laryngée plus importante est survenue pendant la période de convalescence et si elle a consisté en œdème, abcès profonds, ulcérations, périchondrite, etc., elle survit habituellement à la variole et se termine d'une façon différente, suivant l'intensité du processus infectieux local, sa diffusion en surface et en profondeur.

La marche de la maladie peut être excessivement variable, d'après la violence de l'épidémie et surtout celle de l'infection et du terrain sur lequel elle a évolué.

Diagnostic. — Le diagnostic est facile, car l'existence de la maladie éruptive générale permet d'établir la nature de la complication laryngée. Quant à la forme même de cette complication, ce sera l'examen laryngoscopique qui en fera reconnaître le siège et l'étendue.

Pronostic. — Le pronostic est habituellement sérieux, car l'existence d'une complication laryngée au cours de la variole indique toujours qu'il s'agit d'une infection grave, capable de se généraliser aux organes respiratoires plus profonds. Les ecchymoses de la muqueuse vocale sont d'un mauvais pronostic, on les observe dans les varioles hémorragiques, formes très graves par elles-mêmes.

Il faut savoir enfin que la mort peut survenir brusquement par suite d'une suffusion séreuse très abondante et très rapide, presque foudroyante de la muqueuse des replis ary-épiglottiques. Trousseau, observateur consciencieux et distingué, a rapporté dans ses cliniques des exemples de ce genre. Ici, encore, l'allure générale de la maladie, celle de l'épidémie régnante et le miroir laryngoscopique sont autant d'éléments sur lesquels il faudra se baser pour établir le pronostic de la complication. On devra toujours être très réservé, même dans les formes légères, sur la terminaison possible de la lésion du larynx.

Traitement. — Dans les cas bénins, il suffira de surveiller les malades et de prescrire quelques inhalations chaudes pour favoriser dans une certaine mesure, l'évacuation du pus au dehors.

S'il existe des abcès profonds, on les traitera comme les collections purulentes ordinaires du larynx ; si l'œdème est considérable et grave on fera localement des pulvérisations d'adrénaline et de cocaïne en solution, ou mieux encore, de véritables scarifications avec résection de la muqueuse infiltrée, traitement que

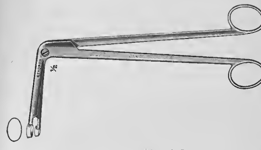


Fig. 202. — Pince coupante antéro-postérieure de Gouguenheim; la même existe avec des mors latéraux (modèle du Dr Moure).

j'ai déjà préconisé en étudiant la laryngite œdémateuse (voir p. 316).

A la moindre menace de suffocation il faudra donner la préférence à la trachéotomie sur le tubage, car ce dernier produit souvent des résultats désastreux, le tube risquant d'être introduit dans un larynx atteint de vastes ulcérations et de nécrose des cartilages qui composent sa charpente. La trachéotomie doit être faite assez bas pour éviter l'anneau cricoïdien, parfois même le premier anneau de la trachée qui souvent participent au processus infectieux. Ici plus que jamais, il faudra inciser lentement les tissus situés au-devant de la trachée et bien voir le point sur lequel portera l'ouverture trachéale, de manière à placer la canule au milieu de cartilages sains. Les précautions habituelles seront prises avant et après l'opération.

LARYNGITE ÉRYSIPÉLATEUSE

L'extension de l'érysipèle aux muqueuses des voies aériennes est connue depuis longtemps, puisqu'en 1757, Varlue (cité par Morell-Mackenzie) s'exprimait en ces termes : « Dans quelques cas la matière morbide s'étend à la gorge, rend la déglutition difficile ; la voix devient rauque, il existe une espèce de suffocation. » Toutefois, ce fut seulement en 1862 que Cornil, groupant les observations éparses dans la littérature médicale, décrivit d'une façon plus précise, dans les *Archives de Médecine* de cette époque, les différentes phases de cette manifestation que Morell-Mackenzie étudia à son tour en 1882, dans son traité des *Maladies du larynx*.

Poussant plus loin ses investigations, M. Massei, de Naples, publia en 1885 un cas d'érysipèle primitif du larynx, et bientôt après (1887) les observations de cet auteur furent confirmées par MM. Fasano, Félix Semon et Bryson-Delavan qui, cette même année, porta en discussion devant la Société de Laryngologie d'Amérique cette intéressante question. Enfin, en 1888, le docteur Heryng, dans sa thèse sur le phlegmon nécrotique du larynx, étudia les rapports de cette complication avec l'érysipèle. Depuis cette époque, la question est restée à peu près ce qu'elle était alors, bien que de nouveaux faits soient venus s'ajouter à ceux que nous possédions déjà sur ce sujet.

Étiologie. Pathogénie. — Si l'étiologie proprement dite de l'érysipèle du larynx est encore obscure, sa pathogénie paraît être plus facile à expliquer grâce aux théories microbiennes. Il n'y a aucune raison en effet pour que l'organe vocal échappe aux causes habituelles de l'inoculation septique. Toutefois, ces muqueuses étant bien moins exposées que le tégument externe sont par ce fait plus rarement atteintes.

Il est bien établi aujourd'hui par les recherches de tous les bactériologistes que c'est toujours à l'infection qu'il faut attribuer l'érysipèle, le streptocoque pouvant pénétrer indifféremment de la périphérie vers la profondeur ou réciproquement.

Symptômes. — Ils varient, suivant l'intensité de l'affection à laquelle on peut, avec Cornil, reconnaître trois formes : 1° érythémateuse ; 2° Phlycténulaire ; 3° Gangréneuse.

A. *Erythémateuse.* — Les troubles fonctionnels, généralement peu accusés, consistent en un peu de gêne à la déglutition, une sorte de sensation de cuisson à l'arrière-gorge, avec enrouement plus ou moins marqué.

L'examen du larynx révèle une rougeur diffuse avec un gonflement variable occupant l'épiglotte ou ses replis, quelquefois même les rubans vocaux et les bandes ventriculaires.

B. *Phlycténulaire.* — Les symptômes fonctionnels de cette forme, un peu plus marqués que dans la précédente, sont ceux de la laryngite œdémateuse, sur lesquels il me paraît inutile de revenir ici (voir p. 311). Les troubles respiratoires atteignent généralement une intensité considérable et souvent ils dominent la scène, au point de nécessiter une intervention rapide et énergique.

A l'examen laryngoscopique, on constate une tuméfaction simulant à s'y méprendre l'œdème aigu des replis ary-épiglottiques. Massei exprime même dans la plupart de ses travaux l'opinion que bien des faits de laryngite dite œdémateuse, étaient simplement des érysipèles primitifs du larynx.

Assez souvent on voit se produire, au niveau des parties atteintes, de petites phlyctènes assez superficielles et éphémères parfois pour passer inaperçues. Dans cette forme, le gonflement atteint non seulement l'épiglotte et ses replis, mais la muqueuse vocale tout entière, souvent même la région sous-glottique et celle de la trachée, ce qui explique les troubles dyspnéiques considérables observés chez les malades atteints de cette sorte d'infection diffuse.

C. *Gangréneuse.* — Les symptômes de cette forme grave ressemblent de tous points à ceux de la laryngite dite sous-muqueuse, ou à ceux de l'affection décrite autrefois par Senator, sous le nom de phlegmon infectieux primitif du larynx. Depuis longtemps déjà Massei a l'un des premiers étudié cette variété d'érysipèle gangréneux du larynx qui est caractérisée non seulement par une

altération profonde de la muqueuse mais aussi des cartilages qui composent l'organe vocal.

Il est impossible de donner une description s'adaptant à chaque cas, car les modalités cliniques de cette variété d'infection peuvent varier considérablement d'un sujet à l'autre. La plupart du temps c'est seulement sur la table d'autopsie que l'on se rend un compte bien exact de l'étendue et de la profondeur des lésions qui avaient envahi l'organe vocal dans sa presque totalité et parfois même au delà de ses limites.

Les symptômes généraux sont ordinairement caractérisés par un violent frisson avec accès de fièvre pouvant atteindre de 39 à 41°; on observe de la courbature générale, du malaise, des vomissements; en un mot, tout l'appareil symptomatique d'une maladie grave au début. Bientôt après apparaissent du côté de l'arrière-gorge des sensations d'ardeur et de cuisson, puis de la gêne à la déglutition, de l'enrouement, du cornage, du tirage et toute la série des accidents caractéristiques d'une lésion sérieuse de la muqueuse vocale. Il faut rappeler, toutefois, que l'engorgement ganglionnaire fait habituellement défaut, si le larynx seul est atteint et l'arrière-gorge indemne. S'il existait de l'adénite, il faudrait la rechercher dans les ganglions situés au-devant du larynx.

Marche. Durée. Terminaison. — L'apparition de la maladie est généralement rapide; bien qu'elle puisse se faire par poussées successives, comme tous les érysipèles; sa marche est progressive, au point qu'en quelques heures les troubles peuvent atteindre une intensité remarquable. La durée est subordonnée à la nature du processus infectieux. La forme érythémateuse a une durée assez éphémère, tandis que l'érysipèle phlycténulaire ou gangréneux pourra persister pendant plusieurs jours, pour se terminer soit par un abcès ou un phlegmon diffus, avec élimination de cartilages nécrosés ou de lambeaux de muqueuse sphacélée, soit par asphyxie et mort rapide du malade, par infection, suffocation ou cachexie, soit enfin par régression et guérison, avec ou sans laryngo-sténose consécutive.

PRONOSTIC. — Toujours grave, il découle naturellement de ce que nous venons de dire. Il dépend de l'étendue, de la rapidité, et surtout de la forme de l'érysipèle laryngé.

DIAGNOSTIC. — Il est habituellement facile. L'intensité des symptômes généraux et fonctionnels, la rougeur plus ou moins vive des parties atteintes, rougeur se propageant la plupart du temps au pharynx, la tuméfaction diffuse permettent habituellement de distinguer l'érysipèle primitif d'avec l'œdème aigu simple et également primitif, de l'organe vocal. Les érysipèles venus du dehors par propagation de lésions cutanées ne peuvent guère être confondus avec une autre altération morbide du larynx.

La terminaison d'un œdème aigu en phlegmon, l'existence même d'un abcès ou d'un phlegmon gangréneux du larynx, doit faire penser à un érysipèle, plutôt qu'à un œdème simple, dont la durée est toujours éphémère.

TRAITEMENT. — Le traitement général consiste à administrer des purgatifs salins de préférence. Les injections de sérum antistreptococcique ou même de sérum physiologique aideront à maintenir et à relever les forces du malade. Elles auront aussi l'avantage de faciliter l'expectoration. Comme médication locale, on emploiera les fomentations chaudes autour du cou, les inhalations calmantes, les pulvérisations ou gargarismes phéniqués ou au sublimé, additionnés de vinaigres antiseptiques, ou mieux encore d'eau oxygénée à douze volumes. Enfin, la trachéotomie permettra de parer à l'asphyxie. Il faut reconnaître, cependant, que les moyens dont dispose notre arsenal thérapeutique échouent souvent contre une affection qui, très souvent, déroutera les traitements les mieux conduits et les mieux combinés.

S'il survient, soit de l'infiltration œdémateuse aiguë, soit du pus, le traitement sera celui de la laryngite œdémateuse ou des abcès de cette région (voir p. 316 et 340), sur lequel je me suis déjà longuement étendu.

ARTHRITES RHUMATISMALES DU LARYNX

Les infections laryngées de nature rhumatismale, sans être d'une rareté absolue, sont encore peu connues, soit qu'elles passent souvent inaperçues, soit que les altérations constatées soient attribuées à d'autres causes. Bien qu'il existe dans la science quelques cas isolés d'arthrites crico-aryténoïdiennes imputables au rhumatisme, dont la thèse inaugurale de Deshousses (Strasbourg, 1860) contient un exemple, il faut bien reconnaître que le travail de Lacoarret (1891) constitue la première monographie consacrée à l'étude des arthrites crico-aryténoïdiennes[1].

J'ai déjà signalé, chemin faisant, les altérations susceptibles d'atteindre les articulations du larynx, au cours des différentes affections dont cet organe peut être le siège. Je me bornerai donc ici à étudier les caractères distinctifs de l'arthrite rhumatismale.

Habituellement, cette infection locale apparaît en même temps qu'une attaque de rhumatisme articulaire, ou bien elle lui succède, mettant ainsi sur la voie du diagnostic pathogénique de l'affection laryngée. Je l'ai même vue se produire isolément avec les caractères d'une simple inflammation aiguë *a frigore*.

I. **Arthrites crico-aryténoïdiennes.** — Le symptôme capital est la douleur, souvent spontanée, toujours réveillée par le passage des aliments, et même par la phonation (phonophobie). La pression au niveau de l'articulation atteinte (crico-aryténoïdienne ou crico-thyroïdienne), extrêmement sensible, détermine un mouvement de défense et de recul des plus manifestes. Le côté du cou peut être tuméfié, et quelques auteurs (Grünwald, Newcomb) ont signalé une sorte de crépitation que percevrait la main

[1] Le travail du Dr Lacoarret a paru dans la *Revue de Laryngologie* du Dr Moure, nº 11 du 1er juin 1891. Les lecteurs qui désireraient des renseignements complémentaires sur cette intéressante question les trouveront dans la thèse du Dr Mourrut (Toulouse, 1902) sur les arthrites rhumatismales et pseudo-rhumatismales du larynx.

de l'observateur placée sur le cou du malade. Cette crépitation sera surtout appréciable au moment de la déglutition.

La respiration est généralement facile, à moins que l'arthrite ne soit double et que, de ce fait, les deux cordes vocales ne soient immobilisées en position médiane.

A l'examen laryngoscopique on constate habituellement une rougeur de la région aryténoïdienne remontant un peu vers le repli épiglottique correspondant. La région est infiltrée surtout vers la base de l'aryténoïde, et pour ainsi dire au dedans du larynx, du côté de l'apophyse vocale (c'est le contraire dans l'arthrite grippale). La corde correspondante est, bien entendu, immobilisée en position médiane, ou très peu mobile.

Si la lésion est bilatérale, elle peut être plus prononcée d'un côté que de l'autre.

Les symptômes généraux sont en rapport avec le degré de l'infection qui a occasionné la légion laryngée.

Le *diagnostic* sera facile si l'arthrite unilatérale coexiste avec des signes de rhumatisme musculaire ou articulaire occupant d'autres points du corps, ou bien encore si le malade est un rhumatisant avéré.

Dans l'arthrite *a frigore*, l'infiltration est séreuse, diffuse, gagnant surtout les replis ary-épiglottiques, voire même l'épiglotte, plutôt que la région aryténoïdienne seule. Dans la grippe, la lésion est presque toujours bilatérale, l'infiltration est plus œsophagienne qu'aryténoïdienne ; la douleur revient périodiquement le soir et pendant la nuit, pour diminuer et même disparaître le matin, au réveil et pendant le jour (voir p. 326).

II. **Arthrites crico-thyroïdiennes.**— Il est logique d'admettre, avec Escat, qui, le premier, a attiré l'attention sur ces manifestations du rhumatisme (1901), que les articulations crico-thyroïdiennes peuvent être atteintes isolément. Le trouble fonctionnel capital est, dans ces cas, l'aphonie par immobilisation de la région malade. Ici encore la palpation est douloureuse si on

l'exerce au niveau des cornes inférieures du thyroïde. L'excitation laradique du muscle crico-thyroïdien produit aussi une réaction douloureuse (Escat).

L'examen laryngoscopique révèle un relâchement plus ou moins marqué de la corde parésiée.

J'ai vu ces deux arthrites coexister chez le même sujet au cours d'un rhumatisme articulaire qui envahit successivement la plupart des grandes articulations.

La marche de la maladie dépend surtout de l'infection générale, habituellement, après quelques semaines, tout rentre peu à peu dans l'ordre.

Escat admet cependant que la lésion peut passer à l'état chronique, et déterminer par ankylose une véritable déformation qu'il propose d'intituler rhumatisme noueux du larynx (cité par Mourrut dans son travail inaugural).

Le *traitement* général consistera en purgatifs salins, boissons chaudes, potions au salicylate de soude, de 4 à 6 grammes par vingt-quatre heures, suivant l'âge du sujet atteint et le degré de l'infection.

Localement, on préconisera le repos de l'organe, l'application de révulsifs, tels que sinapismes, chlorure de méthyle, à dose presque vésicante (très efficace), de salicylate de méthyle, ou simplement de teinture d'iode avec enroulement de ouate pardessus.

Les inhalations chaudes avec des espèces aromatiques (30 grammes pour un litre d'eau) faites trois fois par jour, pendant quatre à cinq minutes, constituent aussi d'excellents sédatifs.

Le repos au lit, ou tout au moins dans la chambre sera tout indiqué. Si l'affection étant bilatérale et s'il existait de la gêne respiratoire (cornage, tirage, etc.), on n'hésiterait pas à pratiquer le tubage ou l'ouverture des voies aériennes.

FIN

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

ARRIÈRE-GORGE — PHARYNX

Pages

I. — Anatomie de l'arrière-gorge

II. — Angines

III. — Pathologie de l'amygdale linguale.

IV — Pathologie du voile du palais.

V — Maladies du pharynx.

DEUXIÈME PARTIE

LARYNX

I. — Examen du larynx et de la trachée.

II. — Maladies du larynx.



ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY